

ALLEGATO 4

Dichiarazione sostanze allergogene

DICHIARAZIONE SOSTANZE ALLERGOGENE

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI AFFETTI DA SOSTANZE ALLERGOGENE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Cognome _____ (_____ Nome _____) il _____
Comune _____ prov. _____
Codice fiscale _____
Numero telefonico _____ email _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti:

di essere affetto/a da allergia alle seguenti sostanze _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo,

Firma _____