

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nato a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (Prov.) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (giorno/mese/anno)

residente in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Consapevole dei contenuti dell'art. 76, DPR 28.12.2000 n. 445, inerente alle dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

Di essere affetto da patologia oculare, dislessia, o di presentare disturbi tali da essere impossibilitato ad effettuare una normale lettura, e di poter pertanto accedere ai servizi forniti – tramite la Biblioteca civica Delfini, dal Centro Internazionale del Libro Parlato “A. Sernagiotto” – ONLUS- Feltre (BL).

Il dichiarante

Modena, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

-----  
I dati sopra riportati sono archiviati ed utilizzati esclusivamente all'interno dalle Biblioteche Comunali, sede di corso Canalgrande, 103 – Modena.