

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA DAL GENITORE O TUTORE DELLA PERSONA DI MINORE ETÀ

Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il ____ / ____ / ____
(luogo) (Prov.) (giorno/mese/anno)

in qualità di _____ di _____
(genitore/esercente la potestà/tutore) (cognome e nome del minore)

nato a _____ (_____) il ____ / ____ / ____
(luogo) (Prov.) (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 CHE

Il minore è affetto da patologia oculare, dislessia, o presenta 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 genitore o tutore

Modena, _____

(firma leggibile)