

RICHIESTA DI ATTESTATO DI ESENZIONE PER MALATTIA RARA**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 2, L. 04/01/1968 n.15; Art. 1 D.P.R. 20/10/1998 n. 403; Artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ cittadinanza _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero,
così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

CHIEDE**l'attestato di esenzione per malattia rara**

Da compilare solo in caso di richiesta a favore del figlio minore per il quale si DICHIARA di esercitare la responsabilità genitoriale:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente;
2. Codice Fiscale del richiedente;
3. Certificato centro specialistico accreditato (solo per certificati fuori area vasta Regione Veneto – DGR n. 1522 del 25/09/2017 e successive modifiche).

Data _____

Firma del richiedente _____

In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta