



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

---

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

### DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

### DICHIARA

di essere proprietario/a dello stabilimento sito in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ e di concedere l'uso della stesso

al/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ per il ricovero di animali.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via mail o tramite un incaricato delegato.