



CITTA' DI RIPOSTO
Città metropolitana di Catania

Il/La sottoscritto/a
nat.... ailcodice fiscale
residente in Riposto via/piazza.....n.....
tel.....e-mail.....
ai sensi degli artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci
- consapevole che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, anche a campione ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi e, nel caso di dichiarazioni false, ad informare l'Autorità Giudiziaria;
- consapevole che ogni futura variazione della presente dichiarazione deve essere tempestivamente comunicata

DICHIARA

di essere in stato di gravidanza e che la data presunta del parto è ilcome attestato dal certificato medico allegato;

di essere il genitore di minore con età **NON** superiore ai due anni, cognome e nome nat..... ail.....

che la propria compagna/coniugenata a

il..... si trova in stato di gravidanza e che la data presunta del parto è ilcome attestato dal certificato medico allegato;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.lgs 196/2023, che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente in funzione e per i fini dell'istanza medesima e saranno conservati presso le sedi competenti dell'amministrazione.

CHIEDE

Il rilascio del "Permesso Rosa" ai sensi dell'art. 188bis del d.Lgs. 285/92 e s.m.i. (CdS)

Lo scrivente espressamente **dichiara**, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 403/98 attuativo della L. 127/97, che i dati forniti corrispondono al vero, **consente** il trattamento dei propri dati personali in virtù di quanto previsto dall'art. 11 L. 675/96, **s'impegna a comunicare a codesto ufficio**, ogni eventuale modifica o situazione che comporti la decadenza dei benefici richiesti ed a restituire il relativo contrassegno entro 7 gg. (sette) dalla data di scadenza.

Allegare:

- Fotocopia del documenti di riconoscimento;
- Certificato medico

Data.

Firma

.....