

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto/a

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

ai fini della concessione del contributo per la sterilizzazione di cani padronali,

**DICHIARA**  
**sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.445/2000**

che nel proprio nucleo familiare è inclusa una persona riconosciuta disabile ai sensi dell'articolo 3 della legge n.104/92.

Data \_\_\_\_\_

(FIRMA)

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la presente autocertificazione è

sottoscritta digitalmente;

sottoscritta dall'interessato e presentata via pec unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento d'identità