***Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia*
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana Isontina
Area Welfare di Comunità
PEC: asugi@certsanita.fvg.it**

**DICHIARAZIONE DI COPIA CONFORME ALL’ORIGINALE**

Il/la sottoscritto/a

nato a       il

residente a       in Via

in qualità di legale rappresentante dell’Ente

P.IVA      , C.F.      , ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dagli articoli 75 e 76 del richiamato DPR,

**DICHIARA**

che le copie dei documenti allegati sono conformi agli originali custoditi presso

Luogo e data

Firma

Si allega copia fotostatica fronte/retro del documento di identità in corso di validità