*MODELLO D*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI**

(TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

Il/la sottoscritto/a………………………………………….nato/a a…………………………… il……………………………….

residente in………………………………………Via ………………………………………………..codice fiscale

in qualità di …………………………………..dell'associazione………………………………………..

con sede in Via…………………………………………….Partita IVA / Codice Fiscale……………………………………………

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

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa ;
* di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
* di non aver riportato condanne definitive per reati commessi nell'esecuzione degli interventi di sostituzione, modificazione e ripristino di veicoli a motore per i quali è prevista una pena detentiva .

Data

FIRMA

Allega copia del documento di identità