

**COMUNE DI PALERMO**  
**SETTORE SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI**  
**U.O. INCLUSIONE SOCIALE**  
**Via Giuseppe Garibaldi n ° 26**

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà  
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a Palermo in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del  
succitato D.P.R. 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci.

**DICHIARA**

con riferimento al Buono Socio Sanitario anno 2011, dallo stesso sottoscritto richiesto, in favore del  
beneficiario Sig/ra \_\_\_\_\_ ai fini dell'accredito delle  
somme relative

**CHE**

il proprio Conto Corrente è dell'Istituto Bancario \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare ogni modifica relativa ai dati trasmessi.

Firma

\_\_\_\_\_

Si allegano copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante e copia del  
codice IBAN.