



con il contributo di



Istituto Banco di Napoli  
Fondazione

**Allegato "B"**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

**(ai sensi degli artt. 46,47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in via  
\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_, telefono/cell.: \_\_\_\_\_,

**consapevole delle responsabilità anche penali derivanti da dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli art. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 2000**

**DICHIARA**

- di aver letto e accettato il bando di partecipazione inerente il progetto **YOUR Basilicata**;
- di avere compiuto, alla data di pubblicazione del bando, anni \_\_\_\_\_;
- di avere un livello medio-lieve di disabilità;
- di essere residente in Basilicata.

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_