



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
Regione Basilicata  
**ASM MATERA**

MOD. 01

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA  
CERTIFICAZIONE DI NASCITA DEL FIGLIO**  
(Art. 46 - lettera a -D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

II/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

che il/la figlio/a \_\_\_\_\_ è nato/a

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28.12.2000, n. 455

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
firma del dichiarante (per esteso leggibile) \*

\* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.