ALLEGATO N°2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE(Artt. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 - Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

lo sottoscritto/a _____ C.F: _____

nato/a a _____ _____ il ___ / ___ / ___ residente a_____

provincia (__) in Via _____ n°__

In qualità di Responsabile dell'Associazione/Club/ASD/Scuola di danza

_____

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità DICHIARA ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 di essere in possesso di tutti i certificati medici, dei propri Iscritti e partecipanti all'evento Dance Style 2027, con regolare validità alla data del 8 Maggio 2027.

Luogo/data

_____

IL DICHIARANTE

_____