

**SU CARTA INTESTATA
DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE**

- ALLEGATO MOD. D -

Al Signor Sindaco
Al Dirigente del III Settore
COMUNE DI SCIACCA
Via Roma, 13 – 92019 SCIACCA (AG)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

OGGETTO: COMUNICAZIONE ELENCO COMPONENTI DEL GRUPPO MASCHERATO DEL CARRO ALLEGORICO DAL TITOLO _____

Il sottoscritt _____ nat a _____ il _____
nella qualità di legale rappresentante della associazione culturale _____ con sede legale a Sciacca
prov. (AG) via/piazza _____ C.A.P. 92019, codice fiscale dell'associazione
culturale _____ recapito telefonico mobile _____
ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio
di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, altresì consapevole, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della
presente dichiarazione questa Associazione decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- L'elenco dei componenti del gruppo mascherato (capogruppo compresi) che si esibiranno durante il corso mascherato e sul palcoscenico:

NUM	NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	CODICE FISCALE	NUMERO DI TELEFONO
1						
2						
3						
4						
5						

NUM	NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	CODICE FISCALE	NUMERO DI TELEFONO
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						

NUM	NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	CODICE FISCALE	NUMERO DI TELEFONO
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						

NUM	NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	CODICE FISCALE	NUMERO DI TELEFONO
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						

Per un totale di _____ partecipanti.

Si allega copia della carta di identità del responsabile legale.

Sciacca, li _____

Timbro e firma
