



Area Welfare  
Servizio Politiche di Inclusione e Integrazione Sociale  
Tel: 081/7953225-7953212  
e-mail: info.contrassegnih@comune.napoli.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Al Comune di Napoli  
Area Welfare  
Servizio Politiche di Inclusione e  
Integrazione Sociale

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP/Città  
\_\_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato  
da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni  
penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di  
formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

di aver dato avvio alla procedura finalizzata alla revisione del verbale di invalidità e di essere in  
attesa della convocazione da parte della Commissione medica INPS, per la conferma dei requisiti di  
cui all'art. 381 del D.P.R. 495/92 (deambulazione sensibilmente ridotta o impedita).

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

**IL/LA DICHIARANTE**