

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (comune di nascita) _____ (provincia) il _____

residente a _____ (comune di residenza) in _____ (indirizzo) n. _____ c.a.p. _____

documento _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

che lo/la stesso/a in data odierna si è recato/a

presso _____
(denominazione della struttura)

in _____ (località) _____ (indirizzo) n. _____ c.a.p. _____

per sottoporsi a (barrare la casella di interesse):

- visita medica
- terapia
- prestazione specialistica
- esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____

Si allega copia documento di identità.

Luogo e data

Il/la dichiarante
