

## 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

\_\_\_\_\_