

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI 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 _____ () il _____
(comune di nascita) (prov.)

residente a _____ ()
(comune di residenza) (prov.)

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

documento _____ n. _____

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

DICHIARA

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

presso _____
(denominazione della struttura)

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

per sottoporsi a visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____

Si allega copia documento di identità

Luogo e data

Il/La Dichiarante
