

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 a _____ il ____ / ____ / ____
(comune di nascita) (provincia.) (data di nascita)

residente a _____ C.A.P. _____
(comune di residenza) (provincia)

in _____ n. _____
(indirizzo)

documento _____ n. _____
(tipo di documento)

rilasciato da _____ in data ____ / ____ / ____

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 _____
(indirizzo e località della struttura)

per sottoporsi a

- visita
- terapia
- prestazione specialistica
- esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____

Si allega copia fotostatica del documento di identità.

Luogo e data _____ - ____ / ____ / ____

Il/La dichiarante _____