

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a

_____ (cognome)

_____ (nome)

nato/a a

il

_____ (comune di nascita)

_____ (prov.)

_____ (data di nascita)

residente a

in

_____ (comune di residenza)

_____ (prov.)

_____ (indirizzo)

_____ (c.a.p)

documento

n.

_____ (carta di identità/patente/passaporto)

_____ (inserire il numero del documento)

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

in

_____ (denominazione della struttura)

_____ (località, indirizzo)

_____ (c.a.p)

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

(firma leggibile)