

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(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 \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

(località)

(indirizzo)

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.

Verdello, \_\_\_\_\_

Firma leggibile del dichiarante

\_\_\_\_\_