

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
