

**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

