

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

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

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ *cognome e nome*

nato/a 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 dicembre 2000

### DICHIARA

che lo/la stesso/a in data odierna si è recato/a presso

\_\_\_\_\_ *denominazione della struttura*

in

n.

c.a.p.

\_\_\_\_\_ *località e 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_