

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA A VISTITA
(rilasciata ai sensi dell'art.47 del d.P.R. n.445 del 28.12.2000)

__ sottoscritt__ _____

nat _____ provincia ____ il _____

residente a _____ provincia _____

in _____ n. ____ c.a.p. _____

documento di riconoscimento _____ 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 l__ stess__ in data odierna si è recat__ presso (denominazione della struttura)

in (località in cui si trova la struttura) _____

(indirizzo della struttura) _____ n. ____ c.a.p. _____

per sottoporsi a :

- Visita
- Terapia
- Prestazione specialistica
- Esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____ .

si allega copia del documento di identità

luogo _____ data _____

____ Dichiarante

