

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che lo/la stessa/o in data \_\_\_\_\_ si è recato/a presso (denominazione struttura) \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_