



Andria, _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28.10.2000 e smi)

Il / La sottoscritto / a _____

Nato / a _____ (prov. _____) il _____
comune di nascita gg/mm/anno

Residente in _____ (prov. _____) – c.a.p.

alla via _____ civico

recapito telefonico fisso attivo

recapito cellulare attivo

posta elettronica attiva

riconosciuto / a con documento di identità

riportare estremi del documento di riconoscimento ed allegare al presente atto copia fotostatica di esso

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non vere e di falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 DPR del 28.12.2000 e successive modifiche,

DICHIARA CHE

Lo / La stesso /a, in data _____ si è recato presso

denominazione della struttura

in località _____
recapito completo della struttura

per sottoporsi a visita / terapia / prestazione specialistica / esami diagnostici /
cancellare le diciture che non riguardano il caso

dalle ore _____ alle ore _____.

Andria, li _____

IL / LA DICHIARANTE
