Andria, _____

DICHIRAZIONE 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

riconononosciuto / 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 / prestazionespecialistica / esami diagnostici /
cancellare le diciture che non riguardano il caso

dalle ore_____alle ore_____.

Andria, li _____

IL / LA DICHIARANTE

_____