

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
PER ASSENZE LAVORATIVE PER PRESTAZIONI SANITARIE
(rilasciata ai sensi dell'art 47 del DPR 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

cognome nome.....

nato/a a provincia.....

nazionalità:

residente a :provincia

in via: n CAP.....

documento identificativo : numero:.....

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
negli atti, richiamate dall'art 76 del DPR 445 del 28/12/2000,**

DICHIARA

che lo stesso, in data , si è recato presso: (denominazione della struttura sanitaria)

.....

situata in Provincia: CAP.....

per sottoporsi a visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici

dalle ore alle ore.....

si allega documento di identità.

Luogo e data.....

il /la dichiarante
(firma)