**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

***(rilasciata iai sensi dell’art. 47 del d.p.r. n. 445 del 28/12/2000)***

Il / La sottoscritto / a nato a
il e residente a in via n° .

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

**dichiara**

che lo/a stesso/a in data odierna si è recato/a

che lo/a stesso/a in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ si recherà

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (denominazione della struttura)

In\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (località)

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

Dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di identità

Palermo, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante