

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritt..
(cognome) (nome)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

che il giorno..... sarà assente per il seguente motivo :

1. per sottoporsi a (barrare la casella di interesse)

- visita medica
- terapia
- prestazione specialistica
- esami diagnostici

dalle ore alle ore

presso.....
(denominazione della struttura)

.....n.c.a.p.
(località) (indirizzo)

2 . sarà assente per motivi personali - familiari :

.....

Firma.....