



MOD. ALL. 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETÀ (art. 46, D.P.R. 445/2000)

RICHIESTA INFORMAZIONI E/O SEGNALAZIONE

SOGGETTO INTESTATARIO

IL/LA SOTTOSCRITTO/ (nome e cognome) _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

e residente in _____

via/piazza _____ n. _____

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76, DPR 445/2000, PER LE IPOTESI DI DICHIARAZIONI MENDACI

E

Con riferimento all'episodio di cura e/o prestazione sanitaria da me eseguito e/o effettuata presso _____ (indicare struttura) in data _____

RICHIEDO INFORMAZIONI E/O SEGNALO QUANTO SI RAPPRESENTA DI SEGUITO

Data _____ Firma _____

Si allega:

- copia di un documento d'identità e della tessera sanitaria in corso di validità