



CASA DI CURA
VILLA GEMMA
POLIAMBULATORIO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



CASA DI CURA
VILLA BARBARANO
POLIAMBULATORIO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 – TU approvato con DPR n. 445 del 28.12.2000)

IO SOTTOSCRITTO

Cognome		Nome	
Nato/a	Prov.	Data di nascita	
Residente a	Prov.	Via – n.	

DICHIARO

Sono consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione e della decadenza da eventuali benefici ottenuti, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

Allego fotocopia di un documento identità

Luogo	Data

Firma

M-ACC-RIC-08 ALL. 1 rev. 3 del 20/03/2023



Sistema Sanitario
**Regione
Lombardia**

