

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(Comune di nascita) (Prov. )

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
(Comune di residenza) (Prov. )

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel 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/la stesso/a in data \_\_\_\_\_ si è recato/a  
presso \_\_\_\_\_  
(denominazione della Struttura)

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
(località) (indirizzo)

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

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione è funzionale a giustificare l'assenza per:

- permessi brevi soggetti a recupero (in caso di assenza dal servizio per un periodo inferiore o uguale alla metà dell'orario giornaliero)
- permesso per documentati gravi motivi personali o familiari
- assenza giornaliera per malattia (in questo caso la visita specialistica, la terapia o l'esame diagnostico, secondo le risultanze della certificazione rilasciata dal medico, debbono essere legati ad uno stato patologico in atto e deve essere oggettivamente impossibile effettuare gli stessi al di fuori dell'orario di servizio)

Si allega copia del documento di identità.

Luogo e data

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_