

AUTOCERTIFICAZIONE

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

Mod. AP – 3

Pagina 1 di 1

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (comune di nascita) _____ (prov.) il _____

residente a _____ (comune di residenza) _____ (prov.)

in Via _____ n. _____ c.a.p. _____
(indirizzo)

documento _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che io/la stesso/a in data _____ si recherà presso _____

in _____ via _____ n. _____

dalle ore _____ alle ore _____

per il seguente motivo (specificare espressamente se visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici/ o altro (specificare):

N.B. In caso di compilazione parziale o in mancanza di dettagliata descrizione della motivazione la richiesta non potrà essere accolta.

Il/La Dichiarante

(luogo e data)