

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
ASSENZA PER VISITA, TERAPIA, PRESTAZIONE SPECIALISTICA, ESAMI
(rilasciata ai sensi dell'art. 47, DPR 28/12/2000 n. 445)

Al Dirigente Scolastico
I.C. "S. GHERARDI" LUGO

pr (_____) il _____ e residente a _____ a _____ pr (_____)
cap (_____) in _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76, DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato DPR, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che _____ in data odierna si è _____ presso _____ a _____ pr (_____)
in _____

per sottoporsi a:

- Visita
- Terapia
- Prestazione specialistica
- Esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____ .

Si allega copia del documento di riconoscimento n. _____ rilasciato il _____
da _____

_____ li, _____

_____ Firma