

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÁ**

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

**ASSENZA PER PERMESSO RETRIBUITO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

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 odierna si è recato/a

presso \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

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

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

per \_\_\_\_\_

Montignoso, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_