Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(rilasciata ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a……
(cognome e nome)

nato/a a …… (……) il……

residente a …… (……) in via …… n. ……

domiciliato/a in …… (……) in via …… n……..

consapevole delle responsabilità penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA:

di essere:

☐coniuge

☐figlio/a

☐padre

☐madre

☐altro (specificare) ……

di ……

nato/a a ……..…… (……) il ……

☐ Si allega documento di riconoscimento

……
(Luogo e data)

Il/la dichiarante

……..
(Firma leggibile)