



**MOD. ALL. 1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETÀ (art. 46, D.P.R. 445/2000)**

**RICHIESTA INFORMAZIONI E/O SEGNALAZIONE**

**SOGGETTO INTESTATARIO**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/** (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE SANZIONI  
PENALI PREVISTE DALL'ART. 76, DPR 445/2000, PER LE IPOTESI DI DICHIARAZIONI  
MENDACI**

**E**

Con riferimento all'episodio di cura e/o prestazione sanitaria da me eseguito e/o effettuata presso  
\_\_\_\_\_ ( indicare struttura) in data \_\_\_\_\_

**RICHIEDO INFORMAZIONI E/O SEGNALO QUANTO SI RAPPRESENTA DI SEGUITO**

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

- copia di un documento d'identità e della tessera sanitaria in corso di validità