

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'** (per attestare presenza in strutture sanitarie)  
( art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)  
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

**D I C H I A R A**

Che il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Si è recato presso \_\_\_\_\_

Per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

**(In base all'art. 71 del D.P.R. 445/2000 è di competenza dell'Istituto scolastico la verifica della veridicità di quanto sopra dichiarato) per cui si richiede l'esatta indicazione di recapiti, denominazioni ed orari.**

