

Distretto: **Presidio:**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART. 46 D.P.R. 445 DEL 28/12/2000)

IL SOTTOSCRITTO NATO/A PROV. (.....)

IL RESIDENTE PROV. (.....) CITTADINANZA

Via n° cap CF Tel.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

DI ESSERE CONIUGATO/A CON (RICONG. FAMILIARE)

CANCELLAZIONE DECESSO: Cognome Nome deceduto il

DI ESSERE MOMENTANEAMENTE IMPEDITO PER MOTIVI DI SALUTE E DELEGA

IL SIG GRADO PARENTELA

SCELTA MEDICO DOTT.:

ESENZIONE PATOLOGIA COD. ESENZ.:

RINNOVO/MANTENIMENTO ASSISTENZA TEMPORANEA MOTIVO:

DISDETTA PRESTAZIONI SANITARIE DATA PREN.: POLIAMB.

ALTRO

Luogo/data

FIRMA

DOCUMENTO DICHIARANTE NR.

RILASCIATO DA PROV. IL

LA PRESENTE NON RICHIEDE AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA E SOSTITUISCE LE NORMALI CERTIFICAZIONI RICHIESTE. INFORMATIVA AI SENSI ART. 10 LEGGE 675/1996.