

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a

Nato/a ail,

informato che, ai sensi della normativa vigente, le prestazioni sanitarie erogate dalle RSA e delle strutture di riabilitazione extra-ospedaliere (quale l'Istituto Geriatrico " di .) sono poste a carico dell'ASL di residenza;

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa e mendace a pubblico ufficiale, previste agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di risiedere nel Comune di prov.
alla via n°.....cap.
ASL di appartenenza

di essere domiciliato nel Comune di prov.
alla via n°.....cap.
provvisoriamente iscritto all'anagrafe sanitaria dell'ASL

Il sottoscritto prende atto che in caso di falsa indicazione della residenza, gli oneri per le prestazioni sanitarie erogate presso l'Istituto saranno poste a suo carico.

Milano, lì

IL DICHIARANTE

Allega: copia fotostatica del documento di identità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a
Nato/a ail, in qualità di
familiare/conoscente dell'interessato/a Sig./Sig.ra.....
Nato/a ail

informato che, ai sensi della normativa vigente, le prestazioni sanitarie erogate dalle RSA
e delle strutture di riabilitazione extra-ospedaliere (quale l'Istituto Geriatrico "
" di) sono poste a carico dell'ASL di residenza;
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa e
mendace a pubblico ufficiale, previste agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il/la Sig./Sig.ra..... è residente nel Comune di
..... prov.
alla via n°.....cap.
ASL di appartenenza

che il/la Sig./Sig.ra..... è domiciliato/a nel Comune di
..... prov.
alla via n°.....cap.
provvisoriamente iscritto all'anagrafe sanitaria dell'ASL

Il sottoscritto prende atto che in caso di falsa indicazione della residenza, gli oneri per le
prestazioni sanitarie erogate presso l'Istituto saranno poste a suo carico.

Milano, lì

IL DICHIARANTE

Allega: copia fotostatica del documento di identità