

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 dalle strutture di cure intermedie/servizi riabilitativi sono poste a carico dell'ATS 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.
via n°.....cap.
ATS (ex ASL) di appartenenza
.....

di essere domiciliato nel Comune di prov.
via n°.....cap.

di essere provvisoriamente iscritto all'anagrafe sanitaria dell'ATS
.....

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 dalle strutture di cure intermedie/servizi riabilitativi sono poste a carico dell'ATS 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.
via n°.....cap.
ATS (ex ASL) di appartenenza
.....che il/la
Sig./Sig.ra..... è domiciliato/a nel Comune di prov.
via n°.....cap.
è provvisoriamente iscritto all'anagrafe sanitaria dell'ATS
.....

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