

Oggetto: permesso per visita medica

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(comune di nascita) (provincia)

residente a _____ in _____ n. _____ c.a.p. _____
(comune di residenza) (indirizzo)

documento _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

che lo/la stesso/a in data odierna si è recato/a

presso _____
(denominazione della struttura)

in _____ n. _____ c.a.p. _____
(località) (indirizzo)

per sottoporsi a (barrare la casella di interesse):

- ☐ visita medica
- ☐ terapia
- ☐ prestazione specialistica
- ☐ esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____

Si allega copia documento di identità.

Luogo e data

Il/la dichiarante
