



COMUNE DI COMMEZZADURA

VISITE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a

_____ il _____ residente in

_____ nel Comune di _____ **consapevole delle sanzioni**

penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- 1) che in data _____ dalle ore |_|_|||_|_| alle ore |_|_|||_|_| ha usufruito di un permesso retribuito per visita medica specialistica, cure riabilitative e terapeutiche per gravi patologie, donazione del midollo osseo come da autorizzazione del Segretario Comunale di data _____;
- 2) che il permesso di cui al punto 1) si è tenuto presso _____ nel Comune di _____ indirizzo _____;
- 3) che per il tempo di viaggio per l'espletamento della visita/cura/donazione risulta essere il seguente:
dalle ore |_|_|||_|_| alle ore |_|_|||_|_| PARTENZA
dalle ore |_|_|||_|_| alle ore |_|_|||_|_| ARRIVO.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/1996, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Comezzadura,

FIRMA * (1)

* (1) Se il modulo viene presentato direttamente all'Ufficio competente, la firma va posta in presenza del dipendente addetto e non va autenticata, mentre se il modulo viene inviato per posta o per fax o tramite una terza persona, lo stesso deve essere firmato ed inviato unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità.