

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 4, comma 2 e dell'art. 47 del DPR 445//2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni false,

**Dichiara**

di aver presentato in data .....autocertificazione di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per motivi di reddito per conto del:

Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute.

Il sottoscritto rilascia tale dichiarazione in qualità di:

- Coniuge
- Figlio
- Parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado
- Curatore
- Tutore

Allega proprio documento di riconoscimento in fotocopia

Esibisce documento in originale del parente e allega fotocopia

Roma \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_