DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ ATTO DI NOTORIETA’

(rilasciata ai sensi dell‘art. 47 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a………………………………………………………………………..

**(cognome) (nome)**

nato/a a ………………………**.**………………… (………) il……………….…..

**(comune di nascita) (prov.)**

residente a …………………………………in… …………..…………….. n…… c.a.p.……….

**(comune di residenza) (indirizzo)**

in servizio presso ITIS IPSIA in qualità di………………………………………..

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

che lo/la stesso/a in data…………………………si è recato/a o dovrà recarsi presso

…………………………………………………………………………………………………………

## (denominazione struttura)

in…………………………………………………………………………n…….c.a.p………………

(**località) (indirizzo)**

**Per sottoporsi a: (barrare la casella che interessa)**

**Visita medica**

**Terapia**

**Prestazione specialistica**

**Esami diagnostici**

**dalle ore………………….alle ore………………..**

**altro motivo richiesta permesso motivi familiari (specificare motivo)**

…………………………………………………………………………………………………………

Le stesse amministrazioni devono anche attivare i necessari controlli sul contenuto delle autocertificazioni, ai sensi dell’art. 71 del citato DPR 445/2000, provvedendo altresì, nel caso di dichiarazioni mendaci, alla segnalazione all’autorità giudiziaria penale e procedendo per l’accertamento della responsabilità disciplinare (art. 76 DPR 445/2000).

**…………………………….. ………………………………………**

**Luogo e data Il/La Dichiarante**