



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
RIETI

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
UOSD RISK MANAGEMENT E QUALITÀ
DIRETTORE DOTT.SSA MANUELA SERVA



REGIONE
LAZIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI
NOTORIETÀ
(rilasciata ai sensi degli artt. 38 e 47 del
d.p.r. 445/2000)

Rev. 0
22/09/2015

Pag. 1 di 1
MRPGRMQA21/3

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

Consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in casi di dichiarazione falsa o mendace previsti dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, N. 445

DICHIARO

Di essere:

- Coniuge
- Figlio/a
- Padre
- Madre
- Altro _____

di _____

nato/a a _____ il _____

- Si allega documento di riconoscimento

Luogo e data

firma per esteso leggibile