



Presidio
Ospedaliero
Valle del
Serchio

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONE RESA DA CHI
NON SA O NON PUO' FIRMARE**
(artt.4-46 e 48 d.p.r. 445 del
28.12.2000)

TP HV 04
CART.CLINICHE
Rev.1
19.11.2014

l sottoscritt_ _____

dipendente Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero Valle del Serchio

ATTESTA

Che _l_ Sig. _____

Nat_ il _____ a _____ residente a _____

Via _____ n. _____

- informato, ai sensi di quanto previsto dal Dlg. 196/03, che i dati verranno utilizzati esclusivamente per il rilascio di certificazioni sanitarie;
- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;
- impossibilitat_ a firmare a causa del seguente impedimento:
- /_/ analfabetismo
- /_/ impedimento fisico

MI HA DICHIARATO

_____ Il dipendente incaricato _____
(data) (firma per esteso e leggibile)

l Sig. _____ è stato da me identificato per mezzo del seguente
documento _____ rilasciato il _____ da _____

Castelnuovo Garf.na/Barga, _____

(firma per esteso e leggibile del dipendente addetto)



Presidio
Ospedaliero
Valle del
Serchio

***DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONE RESA DA CHI
NON SA O NON PUO' FIRMARE
(artt.4-46 e 48 d.p.r. 445 del
28.12.2000)***

**TP HV 04
CART.CLINICHE
Rev.1
19.11.2014**