

**Fac-simile di dichiarazione da utilizzare ESCLUSIVAMENTE in caso di richiesta formulata ai sensi dell'art. 30, comma 2, del CCNL-CU del 16.10.2008**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a		
(Nome)	(Cognome)	
Nato/a: (Comune di nascita)	(Prov)	Il (Data di nascita)
Residente a: (Comune di residenza)	(Prov.)	
Documento:	N°	
In servizio presso <b>l'Università degli studi di Teramo</b>		
Ufficio/Area/Facoltà		
Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000		
<b>DICHIARA</b>		
di essersi recato/a in data odierna presso:		
(denominazione completa della struttura)		
Sita in (indirizzo completo Località – via n. .civico – CAP)		
Per sottoporsi a (barrare obbligatoriamente una delle opzioni nei riquadri sottostanti):		
Per accompagnare il/la proprio/a: (relazione parentela) ..... (nome e cognome) .....data di nascita ..... (barrare obbligatoriamente una delle opzioni nei riquadri sottostanti):		
<input type="checkbox"/> Visita		
<input type="checkbox"/> Terapia		
<input type="checkbox"/> Prestazione specialistica		
<input type="checkbox"/> Esami diagnostici		
La prestazione è avvenuta.:	Dalle ore	Alle ore
Si allega copia del documento di identità indicato in premessa.		
Luogo e data	Il/La dichiarante	