

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ  
ASSENZA PER VISITA, TERAPIA, PRESTAZIONE SPECIALISTICA, ESAMI  
(rilasciata ai sensi dell'art. 47, DPR 28/12/2000 n. 445)

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ pr ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ pr ( \_\_\_\_\_ ) cap ( \_\_\_\_\_ ) in  
\_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali  
richiamate dall'art. 76, DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. in caso di  
dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente  
conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non  
veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato DPR, ai sensi e per gli effetti  
del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che in data odierna si è recato presso \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ pr ( \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_  
per sottoporsi a:

- Visita
  - Terapia
  - Prestazione specialistica
  - Esami diagnostici
- dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ .

Si allega copia del documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_  
rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

lì, \_\_\_\_\_

Firma

---

Firma (Dirigente )

---