

REGIONE ABRUZZO

A.S.L. 1 – Avezzano – Sulmona – L'Aquila

Dipartimento per l'assistenza di base

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI STATO DI RESIDENZA (Articoli 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritt _____

Nat__ a _____ (____) il ____/____/____

Residente in _____ (____) – Tel. _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____.

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere. (Articolo 76 – D.P.R. 445/2000),

D I C H I A R A

DI RISIEDERE A: _____

IN VIA _____ N. _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

L'Aquila li _____ Firma _____

Medico scelto Dott. _____

Note: _____