

**ATTESTAZIONE DI PRESENZA PER PRESTAZIONE SANITARIA O
ACCOMPAGNAMENTO/ASSISTENZA**

Su richiesta dell'interessato/a si attesta che

il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ (_____) il _____

si è presentato/a presso questa Azienda ULSS

In data _____ dalle ore _____ alle ore _____

 Per sottoporsi a prestazione sanitaria*(non indicare né il reparto, né il tipo di prestazione somministrata)* **Per accompagnare, assistere una persona***

Si rilascia la presente attestazione, su richiesta dell'interessato/a, su carta semplice, per gli usi consentiti dalla Legge

Data _____



L'incaricato _____

***LA DICHIARAZIONE CHE LE PERSONE ASSISTONO L'INTERESSATO, COME ANCHE IL GRADO DI
PARENTELA, SONO INFORMAZIONI ESCLUSIVAMENTE OGGETTO DI AUTOCERTIFICAZIONE DA
PARTE DELL'INTERESSATO STESSO**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) in via _____

DICHIARA

_____*Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.**Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.*

Data _____

Firma _____