



**SOCIETA' DELLA SALUTE  
della Zona Fiorentina Nord Ovest**

Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)  
(tel. 055 44981 – fax 055 4498223)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a ..... (prov. ....) il .....

Residente a .....(prov.....) Via/Piazza.....n° .....

sotto la propria responsabilita' e, a piena conoscenza della responsabilita' penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e, delle disposizioni del Codice Penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

data.....

Il/la dichiarante .....  
(firma per esteso e leggibile)

**LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA**