

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(soggetti che sono in trattamento day-hospital con pernottamento nella struttura ricettiva)

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il , C.F.
residente a in
telefono e-mail

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss. mm. ed ii. in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

di aver pernottato dal al presso la struttura ricettiva
 per effettuare

TRATTAMENTO DAY-HOSPITAL presso la struttura sanitaria
 via/piazza
dal al .

La presente dichiarazione è resa in base agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss. mm. ed ii. e consegnata al gestore della struttura.

NOTE:

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante.

DATA

(firma del dichiarante)