



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 del D.P.R. 28.12.200 n. 445)

Allegato 2

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in _____ Via/Piazza _____
documento di Identità n. _____ rilasciato da _____
Recapito telefonico _____

Consapevole delle sanzioni, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

DICHIARA

Di essersi presentato/a in data odierna, alle ore _____ presso il P.O. Duilio Casula, U.O. di _____, in qualità di visitatore per recarsi nel reparto di _____

Dichiara di aver preso visione dell'informativa sulle finalità e trattamento dei dati predisposto dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari per i parenti e i visitatori .

Monserrato, _____

Il/la Dichiarante
