

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
**ASSENZA PER VISITA, TERAPIA, PRESTAZIONE SPECIALISTICA, ESAMI**  
**(rilasciata ai sensi dell'art. 47, DPR 28/12/2000 n. 445)**

**Al Dirigente Scolastico**

ISTITUTO  
COMPENSIVO SAN  
BIAGIO  
Via Celso Cicognani, 8

pr ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
cap ( \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ pr ( \_\_\_\_\_ )

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76, DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato DPR, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che \_\_\_\_\_ in data odierna si è \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ pr ( \_\_\_\_\_ )  
in \_\_\_\_\_

per sottoporsi a:

- Visita
- Terapia
- Prestazione specialistica
- Esami diagnostici

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ .

Si allega copia del documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma