

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "G.- Rodari G. Nosengo"
Gravina di Catania

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

____1____ sottoscritt _____

DICHIARA di necessitare di :

- ☐ VISITA SPECIALISTICA
- ☐ PRESTAZIONE SPECIALISTICA
- ☐ ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Presso la Struttura Sanitaria _____

di _____ alle ore _____

- che e stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano e comunque in coincidenza con le ore di lavoro;
- che non e stato possibile prenotare nei giorni libero e/o fuori l'orario di servizio;
- che la struttura sanitaria non può fissare l'appuntamento al di fuori dell'orario di servizio del sottoscritto (C.M. n. 301/96).

Gravina di Catania _____

Il Dichiarante
