

IS. EN. CO. SRL

SOCIETA' DI SERVIZI SOCIO-SANITARI
SEDE LEGALE: VIA DEL CONVENTO 18
66010 RIPA TEATINA (CH)
P.IVA 01821710694

**DICHIARAZIONE DA PARTE DEL FAMILIARE DI
SOTTOSCRITTORE TEMPORANEAMENTE IMPEDITO
PER MOTIVI DI SALUTE (DPR 445/2000 art.4 c.2)**

MODULO : PG 7.2.1 M18 Rev 01 [RA-DP]

il sottoscritto, (familiare) _____
nato a _____ il _____ in qualità di
(indicare il grado di parentela) _____ del sig.
(ospite) _____ nato a
_____ il _____ e residente a
_____ in via _____ sotto la propria
responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art.76 del dpr 28.12.2000 n.445
e dall'art.495 del c.p. in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA:

- che il predetto è temporaneamente impedito per motivi di salute a rendere le presenti
dichiarazioni/sottoscrizioni;

TERAMO _____

IL DICHIARANTE

Testimone 1: Cognome e Nome _____

Numero Documento d'identità _____

tipo _____

Firma _____

Testimone 2: Cognome e Nome _____

Numero Documento d'identità _____

tipo _____

Firma _____