

Centro di Medicina dello Sport
Via Provinciale 26 – 22030 Eupilio (CO)
Tel. 031.657489 – fax 031.6520098

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____

TELEFONO _____

**Consapevole della responsabilità penale connessa al rilascio di false dichiarazioni
DICHIARA
(dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/00)**

DATA _____

IL/LA DICHIARANTE

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Si attesta che il/la

Dichiarante _____

Ha reso e sottoscritto in mia presenza la suindicata dichiarazione.

Eupilio _____

Timbro, qualifica e firma
