

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritt_

nat_ a il,

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false ai sensi del T.U. n.445/2000, dichiara che:

- Le fatture mediche presentate alla Cassa di Previdenza ed Assistenza sono in originale ed emesse per prestazioni effettivamente rese;
- Non ha richiesto ad altri istituti (Comitato Sussidi o istituti assicurativi) il rimborso delle fatture inviate.

Si allega fotocopia del documento di identità del dichiarante.
