



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
DIPARTIMENTI E SCUOLA
DI AREA MEDICA
SETTORE AMMINISTRAZIONE

Via Perrone, 18 – 28100 Novara NO
Tel. 0321/660627-568-645
Fax 0321/660521
didattica.profsan@uniupo.it

Modulo n. 3

“Autodichiarazione infortunato continuazione o chiusura malattia”

Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/00 e ss. mm.

e

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445/00 e ss. mm.

Il/la sottoscritto/a _____,
consapevole delle norme penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci,
formazione di atti falsi o uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

In riferimento alla denuncia del sinistro, avvenuto in data ___ / ___ / _____, presso _____

si invia ulteriore documentazione medica relativa alla continuazione / chiusura della malattia.

A tal fine si allega la seguente documentazione medica:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Il sottoscritto

LUOGO e DATA -- _____, ___ / ___ / _____