

(luogo, data)

Il Dichiarante

Il sottoscritto funzionario _____ Ufficio _____

dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, attesta che le premesse dichiarazioni sono state rese in sua presenza

dal sig./a _____

(indicare estremi documento di riconoscimento)

Luogo e data

timbro ufficio ATS
