



**Policlinico  
di Monza**

Istituto di Ricovero e Cura ad Alta Specializzazione



MO850.14.01.04

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SMARRIMENTO  
DEI DOCUMENTI**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di non poter presentare il certificato medico sportivo dell' anno precedente intestato a  
..... in quanto smarrito e non più in possesso neanche della  
società sportiva di appartenenza; per tale motivazione lo stesso risulta impossibilitato/a alla presentazione

Monza,

FIRMA DELL' UTENTE .....

FIRMA E TIMBRO DEL PRESIDENTE  
DELLA SOCIETA' SPORTIVA .....

