

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46, D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A SAN SPERATE - VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

IN TRATTAMENTO PRESSO \_\_\_\_\_

AFFETTO DA \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000**

**DICHIARA**

di aver effettuato in regime ambulatoriale le prestazioni sanitarie specifiche previste dalla L.R. n.27 del 25.11.1983 e s.m.i. nelle seguenti date del **2° semestre 2022**:

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La dichiarazione sottoscritta è stata presentata o trasmessa per via telematica unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità.

SAN SPERATE \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_