

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 **1° semestre 2023**:

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

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/03 e ai sensi del GDPR, regolamento UE 2016/679.

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

SAN SPERATE _____

IL DICHIARANTE
