

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 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 |

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
