



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

____ sottoscritt ____ in qualità di diretto interessato al beneficio della prestazione sanitaria richiesta,

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 DPR 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato, (documento esente da imposta di bollo ai sensi del DPR 445/2000)

D I C H I A R A

di essere nat__ a _____ provincia (____) il _____

di essere residente in _____ provincia (____)

alla via _____ n° _____

con domicilio sanitario nella ASL di _____

codice fiscale _____ rec. tel. _____

e-mail _____

dichiara inoltre di comunicare tempestivamente a questo UOS DISABILTA' e SUPPORTO PROTESICO qualunque variazione intervenuta successivamente.

Si allega:

- 1) Consenso al trattamento dei dati personali Mod. PRY-INF-010C della ASL di Pescara;
- 2) Fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- 3) Fotocopia della tessera sanitaria con relativo codice fiscale.

_____, il _____
(luogo, data)

IL DICHIARANTE
