



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n.15 e art. 3 comma 11 della legge 15 maggio 1997, n. 127 - art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali della legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 26 L. n.15/68)
con riferimento alla richiesta di:

MAMMOGRAFIA

PAP-TEST

COLONSCOPIA

in regime di esenzione ai sensi dell'art. 85, comma 4 della legge 23 dicembre 2000, n.388, presentata agli sportelli per la prenotazione presso la struttura accreditata sopra indicata

DICHIARA

Di non aver eseguito il medesimo accertamento in regime di esenzione o comunque a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, negli ultimi:

2 anni (mammografia)

3 anni (pap-test)

5 anni (colonscopia)

(per le dichiarazioni inviate già firmate per posta, per fax, per via telematica o mediante delegato è obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità del dichiarante)

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente
minorenne esercente la potestà genitoriale _____
C.F. _____ nato/a a _____ il ____/____/____ e residente
in _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____

Dichiarazione esente da autentica di firma ai sensi dell'art 3 comma 11 della legge del 15 maggio 1997 n. 127 così come modificato dall'art. 2 commi 10 e 11 della legge 16/06/1998 n.191; esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 tabella b del D.P.R. 642/72

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.