

Allegato Modulo di Autocertificazione

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 4 della legge 4 gennaio 1966, e art. 3 comma 11 della legge 15 maggio 1997, n. 127- art.2 DPR 20 ottobre 1998, n.403)

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ età in anni compiuti \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Residente a \_\_\_\_\_ in via /Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

**Consapevole delle responsabilità e delle azioni penali stabilite dalla 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 erogazione, 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 d'identità del dichiarante)**

Lesmo \_\_\_\_\_ il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

**Dichiarazione esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3 comma 11 della legge 15 maggio 1997 n. 127 così come modificato dall'art. 2 commi 10 e 11 della legge 16/06/98 n.191; esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 Tabella B del DPR 642/72**

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

Allegato Modulo di Autocertificazione

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 4 della legge 4 gennaio 1966, e art. 3 comma 11 della legge 15 maggio 1997, n. 127- art.2 DPR 20 ottobre 1998, n.403)

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ età in anni compiuti \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Residente a \_\_\_\_\_ in via /Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

**Consapevole delle responsabilità e delle azioni penali stabilite dalla 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 erogazione, 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 d'identità del dichiarante)**

Lesmo \_\_\_\_\_ il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

**Dichiarazione esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3 comma 11 della legge 15 maggio 1997 n. 127 così come modificato dall'art. 2 commi 10 e 11 della legge 16/06/98 n.191; esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 Tabella B del DPR 642/72**

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