

ALL. H



Trasporto Emodializzati per l'ASP 7 Ragusa
Atto di notorietà e dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. 28 Dicembre 2000 n: 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente/domiciliato nel Comune di _____ in via _____ n. _____

Tel. _____ Cod. Fisc. _____

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di non essere funzionalmente autonomo

- che nel mese di _____ anno _____ **ha fruito di:**

N° _____ trasporti in AUTOVETTURA SINGOLO FINO/OLTRE 30 KM

N° _____ trasporti in AUTOVETTURA COLLETTIVO FINO/OLTRE 30 KM

DI CUI N° _____ COME PRIMO TRASPORTATO

Nei giorni _____

Dal domicilio all'ambulatorio di dialisi denominato " _____ " con sede nel Comune di _____ in via _____ e viceversa, per sottoporsi a trattamento dialitico, come da piano terapeutico approvato con personale e mezzi dell'ente senza finalità di lucro _____ giusta autorizzazione preventiva del Distretto Sanitario di _____

- che il servizio sopra descritto è stato prestato in modo regolare e soddisfacente.

Con la stessa acconsente al trattamento dei dati personali, ai fini del rispetto D.Lgs 196/03 sulla tutela dei dati personali.

Ragusa li _____

Firma dell'utente (dichiarante)

L'Ente senza finalità di lucro
