



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Lanusei

Dichiarazioni sostitutive di certificazione

(Art.2 Legge 04/01/1968 n.15 modificato dall'Art. 3 comma 10 Legge 15/07/1997 n.127)

Il/La Sottoscritt/ _____ nat/ _____ in _____
il _____ residente in _____ via/piazza _____ n. _____
cittadinanza _____ : a conoscenza delle sanzioni previste dall'Art. 26 della Legge n.
15/1968 e dell'Art. 11 del DPR 403/1998 in caso di dichiarazioni false.

DICHIARA

- Di scegliere Dott/ssa _____
- Di revocare Dott/ssa _____

Per se;

Per i sottoindicati familiari conviventi

Residenti _____ via/piazza _____ n. _____

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto con il/la dichiarante

Inoltre autorizzo L'ATS-ASSL LANUSEI a trattare i miei dati inerenti a prestazioni effettuate presso i propri Servizi/Strutture ai fini di tutela della mia salute o incolumità fisica (Art. 76, comma 1, D.lgs 196/2003).

Luogo e Data

Firma del dichiarante
