

Autocertificazione DPR 445/00

IL SOTTOSCRITTO.....NATO IL.....

RESIDENTE in.....Via..... n°

TELEFONO.....(titolo di parentela).....

DELEGATO (**inviare delega con documenti in PDF**)
CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE DEI PRESIDI AD ASSORBENZA

PER.....NATO IL.....

RESIDENTE in.....Via..... n°

TELEFONO.....

e-mail.....

AI SENSI DELL'ART.13 LEGGE 196/03 (dati sensibili)

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA CON LA PRESENTE A
COMUNICARE _____ TEMPESTIVAMENTE _____ EVENTUALI
INTERRUZIONI (MIGLIORAMENTO CONDIZIONI CLINICHE, DECESSO)
AL PERSONALE DELLA DITTA SERENITY E ALL'UFFICIO RIABILITAZIONE ANCHE
PER E-MAIL SU **ds59.riabilitazione@aslnapoli3sud.it**
COSCIENTE ED AMMONITO SULLE RESPONSABILITA' PENALI IN CASO DI
DICHIARAZIONE MENDACE (Art.73 DPR 455/00)

Dichiaro CHE è INVALIDO //

NON INVALIDO / _ /

Data e luogo

FIRMA.....

LEGGERE ATTENTAMENTE PRIMA DI FIRMARE

Il sottoscritto.....familiare/delegato dinato il
SI IMPEGNA CON LA PRESENTE a firmare in modo leggibile
(dichiarando se delegato o diretto interessato) il documento di trasporto
(DDT)rilasciato dalla Ditta SERENITY al momento della consegna dei
presidi ad assorbimento.

Tutti i DDT manchevoli di quanto sopra espresso, non verranno accettati

COSCIENTE ED AMMONITO SULLE RESPONSABILITA' PENALI IN CASO DI
DICHIARAZIONE MENDACE (Art.73 DPR 455/00).

DATA LUOGO

FIRMA.....

LEGGERE ATTENTAMENTE PRIMA DI FIRMARE