

Autocertificazione DPR 445/00

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

RESIDENTE in.....via.....n°.....

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

DELEGATO ( inviare delega con relativi documenti in PDF ) email

.....

CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE DI::

\_\_\_/PROTESI \_\_\_/FISIOTERAPIA ETC.

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

RESIDENTE in.....via.....n°.....

TELEFONO .....email .....

Ai SENSI DELL'ART.13 LEGGL 196/03 (dati sensibili )

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA CON LA PRESENTE A SOTTOPORRE IL PRESIDIO, ENTRO 10 GIORNI DALLA CONSEGNA, ALL'OBBLIGATORIO COLLAUDO SPECIALISTICO, A COMPLETARE INOLTRE LA PROCEDURA INVIANDO IL TUTTO IN PDF AL SEGUENTE IDIRIZZO MAIL **ds59.riabilitazione@aslnapoli3sud.it**

CONSAPEVOLE CHE L'INADEMPIENZA COMPORTERA' LA PERDITA AL DIRITTO DI UN EVENTUALE ULTERIORE FORNITURA DELLO STESSO PRESIDIO.

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

Dichiaro CHE è INVALIDO / /

NON INVALIDO / /

LUGO DATA

FIRMA

.....

.....