Al Direttore/Responsabile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
cognome *nome*

nato/a _____ (_____) il _____
comune di nascita, se nato/a all'estero, specificare lo stato *prov.*

residente a _____ (_____)
comune di residenza *prov.*

in Via _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 del 28/12/2000.

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____

di essere cittadino/a _____

di essere in trattamento medico farmacologico presso Codesta U.O.C / U.O.S.D.

CHIEDE

Ai sensi del Decreto del Ministero della Salute, 16 Novembre 2007, al Direttore Responsabile che il trattamento farmacologico con agonisti venga affidato al/alla:

Sig./ra _____
cognome *nome*

nato/a _____ (_____) il _____
comune di nascita, se nato/a all'estero, specificare lo stato *prov.*

residente a _____ (_____)
comune di residenza *prov.*

in Via _____ n. _____

Essendo il dichiarante impossibilitato per i seguenti motivi: _____

_____

_____

_____

Firma del dichiarante

_____

Luogo e data _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autocertificazione della firma e sostituisce a tutti gli offerti le normali certificazioni richiesto o destinate ad una pubblica amministrazione o ai gestori di pubblici servizi, nonché ai privati che vi consentono. Informativa ai sensi della legge 675/1996: i dati sopra citati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.