

DICHIARAZIONE DI ESEGUITA PRESTAZIONE PRESSO ASL TA

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____
Codice Fiscale _____ nato/a a _____ Prov. _____
il ____/____/____ residente a _____ CAP _____ Prov. _____
alla Via _____ n. ____ recapito telefonico cellulare _____ recapito
telefonico fisso _____ indirizzo di posta elettronica
_____ indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC)
_____@_____

- in qualità di diretto interessato/a
- in qualità di genitore (con potestà legale) del minore (cognome e nome) _____ nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____
- in qualità di erede di (cognome e nome) _____ nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____ e deceduto/a il ____/____/____ nel Comune di _____ Prov. _____ (allegare autocertificazione nelle forme di legge)
- in qualità di tutore / curatore / amministratore di sostegno di (cognome e nome) _____ nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____ (allegare autocertificazione nelle forme di legge)

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/2000), di aver regolarmente eseguito la prestazione specialistica n. _____ del ____/____/____.

ALLEGA

La seguente documentazione (originale o copia conforme all'originale)

1. Referto della prestazione;
2. Copia del documento d'identità in corso di validità;
3. Eventuale altra documentazione: _____

Data

Firma **V**.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs 30/06/2023 n 196 e successive modifiche e integrazioni.

Data

Firma **V**.....