



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
**ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.**  
**al fine di esenzione per test diagnostici**

Data ..... / ..... / ..... luogo .....

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... provincia (o stato estero) ..... il .....

e residente a ..... provincia .....

in ..... n° ..... telefono .....

documento di identità ..... n° ..... data rilascio .... / .... / .....

rilasciato da .....

con riferimento alla richiesta di

**Mammografia**

**Pap Test**

**Colonscopia**

in regime di esenzione ai sensi dell'art. 85, comma 4 della legge 23 dicembre 2000 n 388 presentata agli sportelli per la prenotazione presso la struttura accreditata.

DICHIARA di non aver eseguito il medesimo accertamento negli ultimi:

**2 anni (mammografia)**

**3 anni (pap test)**

**5 anni (colonscopia)**

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Firma del dichiarante**

*Per le dichiarazioni presentate già firmate o inviate per posta, per fax, via mail o mediante delegato è obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità del dichiarante.*