SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

MOD. MANTENIMENTO DEL PEDIATRA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'

(Art.46 e 47 T.U. DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ CF _____

Nato/a a _____ il _____ cittadinanza

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 , e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

☐ In qualità di **genitore** ☐ padre ☐ madre

☐ In qualità di **legale rappresentante**

☐ In qualità di **delegato**

CHIEDE

ai sensi dell ACN Pediatrico

Il mantenimento fino al 16° anno di età , del PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Dr _____
(il quale ha acconsentito, come da **dichiarazione allegata)**

iscritto negli elenchi dell'AUSL di _____ con ambulatorio nel Comune di _____
per il minore

Cognome nome	luogo di nascita	data di nascita	cittadinanza
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Per i seguenti motivi:

_____

_____

_____

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs.n°196 del 30/06/2003 e successive modifiche e integrazioni/Legge sulla Privacy), autorizza il trattamento e la comunicazione dei dati che lo riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione. ☐ SI' ☐ NO

Data _____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La sottoscrizione delle soprascritte dichiarazioni e istanza è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato con doc. _____ n° _____
rilasciato/a da _____ il _____

Preventivamente ammonito sulle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:

Data _____ **Login dell'operatore** _____

Distretto _____

28 Maggio 2014