**AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL NUMERO DI CICLI DI PMA OMOLOGA ED ETEROLOGA ESEGUITE A CARICO DEL SSN, rilasciata ai sensi del DPR n. 445/2000**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME E NOME** |  |
| **LUOGO E DATA DI NASCITA** |  |
| **INDIRIZZO DI RESIDENZA** |  |
| **INDIRIZZO DI DOMICILIO** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **RECAPITO TELEFONICO** |  |
| **DOCUMENTO DI IDENTITA’** |  |

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Resa edotta del fatto che il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi

sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000)

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità

* di **NON AVER MAI EFFETTUATO** cicli di PMA di 2° e/o 3° livello, omologa o eterologa a carico del sistema sanitario nazionale.
* di **AVER EFFETTUATO** n°\_\_\_\_\_\_\_\_ cicli di PMA di di 2° e/o 3° livello, omologa o eterologa a carico del sistema sanitario nazionale.

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_