

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 1° e/o 2° livello, omologa o eterologa a carico del sistema sanitario nazionale.
- di **AVER EFFETTUATO** N. ____ cicli di PMA di 1° e/o 2° livello, omologa o eterologa a carico del sistema sanitario nazionale.

Luogo _____ Data _____

Firma leggibile _____