

Matricola: _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445, ARTT.46 E seg.)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ___/___/___ a _____,
codice fiscale _____

DICHIARA

- ✓ di essere iscritto/a per l'anno accademico ___/___ all' Università degli Studi di TRENTO,
matricola: _____.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 dpr 28 dicembre 2000 n. 445)

DICHIARA

- ✓ di essere studente residente fuori provincia di Trento e di non aver effettuato la scelta
di alcun medico operante all'interno del territorio provinciale

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 dpr 445/2000.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in base al Codice in materia di protezione dei dati personali, d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 per le finalità inerenti l'assistenza sanitaria erogata dal medico di medicina generale – assistenza primaria convenzionato ed dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. L'informativa per il trattamento dei dati personali è pubblicata sul sito dell'Azienda all'indirizzo:

<https://www.apss.tn.it/documents/10180//179124//Informativa+in+Italiano.pdf>

Luogo e data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

A CURA DEL MEDICO CHE EROGA LA PRESTAZIONE

VISITA AMBULATORIALE

VISITA DOMICILIARE

Data

Firma e timbro

Per il medico che effettua la prestazione: modello da consegnare al Distretto di appartenenza