

Modulo Autocertificazione Diagnosi Precoce

AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ACQUISIZIONE DELL'ESENZIONE DI CUI ALL'ART.85 –COMMA 4– LEGGE N°388/2000 INTEGRATA DALL'ART.52 COMMA 31 LEGGE N° 448 /2001.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

che l'intestatario/a della prescrizione medica allegata **non ha effettuato in esenzione dalla partecipazione al ticket sanitario le seguenti prestazioni:**

- **PAP TEST** (dai 25 ai 65 anni) nei 3 anni precedenti la data dell'appuntamento rilasciato in data odierna (**anche all'interno del programma di screening**)
- **MAMMOGRAFIA** (dai 45 ai 69 anni) nei 2 anni precedenti la data dell'appuntamento rilasciato in data odierna (**anche all'interno del programma di screening dai 50 ai 69 anni**).
- **COLONSCOPIA** (oltre i 45 anni) nei 5 anni precedente la data dell'appuntamento rilasciato in data odierna.

Ai sensi del D.lgs 196/2003

- autorizzo la trasmissione dell'avvenuto accertamento diagnostico ai centri screening per finalità statistiche, epidemiologiche e per l'aggiornamento dell'archivio di popolazione;
- non autorizzo la trasmissione dell'avvenuto accertamento diagnostico ai centri screening;

Data _____

Firma _____