



**AUTOCERTIFICAZIONE PER EFFETTUAZIONE IN ESENZIONE DELL'ESAME
MAMMOGRAFICO (Programma screening regionale Delibera di Giunta Regionale n. 1035/2009)**

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 dal ticket sanitario la
seguente prestazione:**

- **MAMMOGRAFIA dai 50 ai 74 anni** nei due anni precedenti la data dell'appuntamento rilasciato in data odierna, nell'ambito della Prevenzione o attraverso i programmi di Screening.

Data _____

Firma _____