

NB: la presente autodichiarazione potrà essere utilizzata **soltanto** nel periodo emergenza CORONAVIRUS.

INVIO REFERTI SANITARI NEL PERIODO DI EMERGENZA DA CORONAVIRUS

VIA POSTA ELETTRONICA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Visto il periodo di emergenza sanitaria per la diffusione del Coronavirus e le limitazioni introdotte per le finalità di protezione civile che non permettono di recarsi agli sportelli dell'Azienda Sanitaria di riferimento

Vista l'urgenza di ricevere i referti sanitari relativi ad esami ed accertamenti da me effettuati nel periodo precedente a tale limitazioni e l'impossibilità di riceverli tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale,

io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato il (data di nascita) _____

a (luogo di nascita) _____

residente in (Comune di residenza) _____

in Via (Via e nr. civico) _____

telefono (cell. e telefono fisso) _____

codice fiscale _____

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, che le informazioni suddette sono veritiere

CHIEDO

di ricevere tramite il seguente indirizzo di posta elettronica, che dichiaro essere sotto il controllo mio o di un mio delegato di fiducia

_____@_____

i seguenti documenti:

Ai fini di un controllo della mia identità personale,

DICHIARO

- di voler essere contattato al seguente nr. di cellulare _____
- di voler ricevere la documentazione necessaria al suddetto indirizzo di posta elettronica
- di scegliere come parola di riconoscimento una tra le seguenti (il nome del proprio animale domestico / il colore preferito / il nome della madre) _____

Data e luogo,

Cognome e nome dello scrivente

Posta elettronica da inviare a CUP/Distretto– allegato 5