

Allegato 4 - Modello 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 dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,**

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 _____