

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445)

Il/La sottoscritto/a

nato/a il /..... /..... a(.....)

residente a.....(.....) cap.....

e domiciliato/a in.....n.....

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

CHE PER IL RICOVERO DAL AL

E/O

NEI SEGUENTI GG DI DAY HOSPITAL.....

(solo per chemioterapia, radioterapia, dialisi, emo-trasfusione)

DELLA/DEL SIG.RA /SIG

NON È STATA SOSTENUTA ALCUN TIPO DI SPESA POICHE' A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

N.B.: Sul contributo fisso giornaliero verrà applicata una franchigia di 4 giorni per ogni singolo evento, fatti salvi i casi di chemioterapia, radioterapia, emo- trasfusione, dialisi.

DATA

LA/IL DICHIARANTE

(Firma per esteso e leggibile)