

# 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)

DELLA/DEL SIG.RA /SIG .....

NON E' STATA SOSTENUTA ALCUN TIPO DI SPESA IN QUANTO E' STATO 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 e dialisi.

DATA

LA/IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso e leggibile)