

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di  
atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.p.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARO/A**

Di essere convenzionato/a con il SSN per la medicina generale dal giorno \_\_\_\_\_  
del mese di \_\_\_\_\_ dell' anno \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. L.vo 30.06.03 n. 196 (codice privacy),  
che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente  
nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo, data \_\_\_\_\_

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli  
effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione  
nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.**