

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (AUTODICHIARAZIONE)

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente a
_____ via _____ n. _____
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere Medico iscritto all'Ordine/Albo Professionale _____
al n. _____ e che, pur non essendo medico di medicina generale o di pediatra di libera
scelta convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale presso il Distretto di Cremona e operante nel
Comune di Cremona, effettua non meno di **n° 10 visite domiciliari urgenti all'anno** nel territorio del
Comune di Cremona.

Dichiara inoltre di impegnarsi a documentare esaurientemente, su richiesta del Comando di Polizia
Municipale di Cremona che garantisce il rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali e sensibili, le
visite mediche domiciliari urgenti effettivamente prestate.

Altresì dichiara di essere consapevole e di accettare che la mancata documentazione, al pari
dell'accertamento di un numero di visite inferiori a 10 nell'anno precedente al momento dell'accertamento,
implica la revoca dell'autorizzazione.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in
atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel
presente modulo sono vere.

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e
prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03.

Letto, confermato e sottoscritto.

Cremona, li _____

(firma)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza
del dipendente addetto oppure sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento
di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.