

DICHIARAZIONE

ASSENZA PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE RECENTI

Al C.U.P. ZONA

il/la sottoscritto/a

in nome e per conto di¹

nato a Prov. , il

residente in Prov.

via/p.zza num.

DICHIARO

consapevole delle conseguenze penali previste dai codice e dalle leggi speciali in materia. richiamate dell'art. 26 della legge n. 15/1968, di non aver effettuato le seguenti prestazioni nell'arco dei periodi a fame indicati, né presso presidi pubblici, né privati accreditati col Servizio Sanitario nazionale, né privati; (barrare l'ipotesi che interessa):

- MAMMOGRAFIA (per le donne di età maggiore di 45 anni e fino a 69) nei 2 anni precedenti
- COLONSCOPIA (per i cittadini di età maggiore di 45 anni e fino a 70) nei 5 anni precedenti
- PAP TEST (per le donne di età maggiore di 25 anni e fino a 65) nei 3 anni precedenti

Luogo e data _____ In fede _____

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e trattenuto dal personale dello sportello C.U.P.

¹ Da compilare nel caso in cui l'intestatario della richiesta sia persona diversa dal dichiarante. Anche in questa eventualità i dati anagrafici devono essere quelli dell'intestatario della richiesta.