

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(DPR 28 DICEMBRE 2000, N.445, ARTT.46 e segg.)

Il/la sottoscritto/a

nato/a

il

codice fiscale

DICHIARA

di essere iscritto/a per l'anno accademico / all'Università degli Studi di Trento, matricola:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(art.47 dpr 28 dicembre 2000 n.445)

DICHIARA

di essere

studente residente fuori provincia di Trento e di non aver effettuato la scelta di alcun medico operante all'interno del territorio provinciale.

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli art.75 e 76 dpr 445/2000.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in base al Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) per le finalità inerenti l'assistenza sanitaria erogata dal medico di medicina generale – assistenza primaria convenzionato dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. L'informativa per il trattamento dei dati personali è pubblicata sul sito dell'Azienda all'indirizzo: <https://www.apss.tn.it/privacy>.

Luogo e data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

---

**A CURA DEL MEDICO CHE EROGA LA PRESTAZIONE**

VISITA AMBULATORIALE

VISITA DOMICILIARE

Luogo e data

Firma e timbro

---

**Per il medico che effettua la prestazione: modello da consegnare al Distretto di appartenenza**