

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
(DPR 28 Dicembre 2000, N.445, Articoli 46 e seguenti)

Il/la sottoscritto/a:

nato/a:

il:

codice fiscale:

**dichiara**

di essere iscritto/a per l'anno accademico 20 / all'Università degli Studi di Trento, con numero di matricola:

e di essere

- studente/studentessa residente fuori provincia di Trento e di non aver scelto 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 articoli 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 di 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 Sanitaria della Provincia di Trento all'indirizzo web: <https://www.apss.tn.it/privacy>.

Luogo e data

Firma del dichiarante estesa e leggibile

**Sezione a cura del medico che eroga la prestazione**

Visita ambulatoriale

Visita domiciliare

Luogo e data

Firma e timbro

---

***Il presente modulo esonera lo studente al pagamento della prestazione effettuata dal medico, il quale lo consegnerà al Distretto di appartenenza per il relativo rimborso secondo le tariffe vigenti.***