

MODULO DICHIARAZIONE CESSAZIONE UTILIZZO DI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALI SALVAVITA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ¹ (Art.38 e 47 e 76 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il sottoscritto/a (Nome e Cognome)

nato/a il

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in CAP..... Comune Prov.

Tel. E-mail.....

consapevole delle sanzioni penali previste al sensi dell'art. 76 del D.P,R, n. 445 del 28/12/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od utilizzo di atti falsi

DICHIARA

Che l'apparecchiatura elettromedicale indispensabile per il mantenimento in vita del paziente ubicata nel punto di fornitura:

POD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

intestato a (nome e cognome)

ubicato inCAP Comune.....
Prov.....

utilizzata dal Sig./Sig.ra

con codice fiscale, telefono

non è più in uso per cessata necessità a far data dal

Allegati (*obbligatori):

- **Copia documento di identità(*):**
tipo documento _____ n. _____ rilasciato il _____, da _____, scadenza _____
- Altro
