

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small>	<b>MODULO</b>	Pagina 1 di 1
	Autocertificazione di iscrizione all'Ordine, possesso di polizza assicurativa contro gli infortuni e di polizza assicurativa RCT  <b>Allegato 2</b>	Codice <b>MO 61</b>
<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>		<b>Rev. del 08/05/2024</b>

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

in possesso di valido documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

ai sensi degli art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R.445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**dichiara**

- di essere iscritto all'Ordine \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_

- di essere in possesso di idonea ed efficace copertura assicurativa contro gli infortuni, polizza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

- di essere in possesso di idonea ed efficace copertura assicurativa RCT, polizza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

- che, dietro richiesta della donna gravida (nome, cognome, C.F.: \_\_\_\_\_), presenzierà nei Servizi di Ostetricia e ginecologia dell'Azienda USL di Reggio E. in qualità di osservatore.

**Si allega copia di un documento identificativo in corso di validità.**

Luogo, Data

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_