**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

*(art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)*

....l....sottoscritt.... ......................................................................................................................

nat .... a ..................................................................(prov.......) il ...............................................

residente a ........................................(prov.......), via .........................................................n. ......

*valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e della L. 12/11/2011 n. 183, consapevole di quanto prescritto dall’art. 76, comma 1, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 che stabilisce “*chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia*” e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)*

**D I C H I A R A**

che i contenuti del seguente prospetto di sintesi, relativo alla casistica prodotta, riassumono i dati presenti nella documentazione prodotta in originale, attestata dal Direttore Sanitario, relativamente alle prestazioni effettuate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| casistica decennio (anni ……………) | | |
| **TIPOLOGIA** | **N° interventi**  **primo operatore** | **N° interventi**  **secondo operatore** |
| Chirurgia maggiore oncologica |  |  |
| Chirurgia maggiore non oncologica |  |  |
| Interventi chirurgici in videolaparoscopia |  |  |
| Altra chirurgia |  |  |

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

*Allega copia del documento d’identità ..............................................................................*

………………………………………………….……

*(luogo e data)*

*IL/LA DICHIARANTE*

………………………………………………………………

*(firma per esteso e leggibile)*