



AUTOCERTIFICAZIONE/DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DEL DPR N. 445/2000 PRESTAZIONI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) OMOLOGA O ETEROLOGA ESEGUITE A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

La sottoscritta

Cognome _____ Nome _____

nata a _____ il _____

residente nel Comune di _____ PROV _____

in via _____ n _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Documento Identità n. _____

Resa edotta del fatto che il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità

- di **NON AVER MAI EFFETTUATO** cicli di PMA di 1° livello (inseminazione intrauterina) omologa o eterologa a carico del sistema sanitario nazionale
- di **AVER EFFETTUATO** fino ad oggi n. _____ cicli complessivi di PMA di 1° livello (inseminazione intrauterina) omologa o eterologa a carico del sistema sanitario nazionale
- di **NON AVER MAI EFFETTUATO** cicli di PMA di 2° livello* (FIVET o ICSI) omologa o eterologa a carico del sistema sanitario nazionale
- di **AVER EFFETTUATO** fino ad oggi n. _____ cicli complessivi completi (fino al trasferimento dell'embrione) di PMA di 2° livello* (FIVET o ICSI) omologa o eterologa a carico del sistema sanitario nazionale.

Luogo e data _____, ____/____/____

Sig.ra (Firma per esteso) _____

*Intesi come cicli di PMA completi quelli che sono giunti sino all'embriotransfer