

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
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 dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

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

- Di aver effettuato su prescrizione medica e previo consenso dell'avente diritto, in data odierna prelievo ematico al

Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_

- Di essere in possesso dei titoli abilitanti per l'esecuzione dei prelievi ematici
- Di aver verificato l'identità dell'assistito (allegare copia del documento d'identità)
- Che lo stesso è stato effettuato in conformità con le disposizioni di legge

Luogo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'operatore  
(per esteso e leggibile)

N.B. allegare fotocopia documento identità

**Parte riservata all'assistito**

**I pazienti che effettuano prelievo domiciliare per il monitoraggio della terapia anticoagulante orale devono obbligatoriamente fornire informazioni cliniche compilando il questionario di raccolta anamnestica allegato.**

"I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy."

\_\_\_\_\_  
Firma dell'assistito  
(per esteso e leggibile)