

Io sottoscritto ..... nato a .....  
il ...../...../..... residente a ..... via/piazza .....

### DICHIARO

sotto la mia responsabilità di essere esente dalla partecipazione al costo secondo quanto indicato dalla legge finanziario 23/12/2008 n. 388 per le seguenti prestazioni:

MAMMOGRAFIA ogni due anni, a favore delle donne di età compresa tra i 45 e i 69 anni

PAP TEST ogni tre anni, a favore delle donne di età compresa tra i 25 e i 65 anni

COLONSCOPIA ogni anni cinque anni, a favore della popolazione di età superiore ai 45 anni, e della popolazione a rischio, individuata secondo criteri determinati con decreto del Ministero della Salute.

Roma, li..... Firma del dichiarante .....