

## AUTODICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a.....  
Residente nel Comune di.....  
Domiciliato/a nel Comune di.....  
Sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

Di aver usufruito di una prestazione sanitaria, la cui documentazione viene allegata alla presente in una struttura non convenzionata, avendo verificato l'assenza di una struttura convenzionata nel raggio di 20 km dal proprio domicilio o residenza.

In fede

.....

GG / MM /AAAA

.....

**Firma**