

PMA OMOLOGA ED ETEROLOGA
SC PMA – Codice Centro 060003
**AUTOCERTIFICAZIONE DEL NUMERO
DI CICLI DI PMA OMOLOGA/ETEROLOGA
ESEGUITI IN CONVENZIONE PUBBLICA**

La sottoscritta: Sig.ra _____

nata a _____ (____) il ____ / ____ / ____

residente a _____ (____) in via _____ n. _____

e domiciliata a¹ (1) _____ (____) in via _____ 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 DRP 445/2000)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità

che a tutt'oggi ha eseguito un numero inferiore di:

4 cicli di inseminazione intrauterina (IUI) a carico del Sistema sanitario regionale

3 cicli completi² di fecondazione in vitro (IVF) a carico del Sistema sanitario regionale

Trieste, ____ / ____ / ____

Firma _____

¹ riportare qualora il domicilio sia diverso dalla residenza.

² per ciclo completo s'intende la procedura conclusasi con l'EMBRIO TRANSFER