



CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
Responsabile: Dott. Gabriele Ersetigh

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLA COPPIA CHE ACCEDE
ALLA PROCEDURA DI PMA (IUI/FIVET/ICSI/IMSI)**

ai sensi dell'art. 5 della L.40 19/02/04

Il/La sottoscritto/a sesso M F
Nato a prov. il
Residente a prov.
Via n.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000

DICHIARA

- di essere nato a il
- di essere tuttora vivente
- di essere :
 - celibe/nubile/di stato libero
 - coniugato con nato/a a il
 - divorziato/a da nato/a a il
 - convivente dal con nato/a a il
 - vedovo/a di
- di essere residente a prov. via n.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui al D. Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma N° doc. identità

Milano, ... / /