



APS DONNE IN MOVIMENTO Via Valsugana, 3 - 00141 Roma (RM) CF: 97985170584

Richiesta prestazione specialistica

Cognome	Nome	Data di nascita
---------	------	-----------------

Numero telefonico	Indirizzo email
-------------------	-----------------

Residenza	C.F	Medico di base
-----------	-----	----------------

Familiarità con tumore ovarico e mammario	Età menarca Età Menopausa Ultima mestruazione
---	---

Gravidanza	Età 1 gravidanza	Allattamento se si quanto tempo
------------	------------------	---------------------------------

Anticoncezionali	Anni di trattamento	Terapia ormonale sostitutiva
------------------	---------------------	------------------------------

Esenzioni per patologia	isee	Data ultima ecografia mammaria Data Ultima mammografia Data ultima ecografia transvaginale
-------------------------	------	--

Prestazione richiesta	Motivo
-----------------------	--------

Il sottoscritto _____ dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.
Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Ass.ne per assolvere agli scopi e ai principi di pertinenza.

Firma