

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' CONCERNENTE I REQUISITI DI UN PRESIDIO SANITARIO O SOCIO SANITARIO GIA' AUTORIZZATO AI SENSI DELLA L.R. 21/2016.**

Al Comune di \_\_\_\_\_

A

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____ Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____																				
Codice Fiscale n:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																			
Telefono	n. _____																			

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____																				
Partita IVA	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																			
con Sede in _____																				
Via _____ n. _____																				

C

della struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) : _____ _____ per l'erogazione di prestazioni (2): _____ in regime (3): _____ con una dotazione di (4) n: _____ posti letto (solo per gli ospedali e le strutture residenziali)	
--	--

D

dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria
---

sita/o in codesto Comune, indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

E

in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria, rilasciata dal Comune di _____ con provvedimento n. _____ del _____ per il presidio descritto sopra
---

**DICHIARA**

quanto segue, sotto la propria responsabilità e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, ai fini della verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio di attività sanitaria, così come previsto dall'art. 13, comma 2 della L.R.21/2016:

- che il presidio ha mantenuto i requisiti minimi strutturali, tecnologici-impiantistici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie previsti dal la:
  - D.G.R. 2200/2000 e successive modifiche ed integrazioni.
  - D.G.R. 1571/2019 e successive modifiche ed integrazioni.
  - D.G.R. 1669/2019 e successive modifiche ed integrazioni.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Titolare/Legale rappresentante/associati \_\_\_\_\_  
(per esteso)

Firma altri associati in studio \_\_\_\_\_  
(per esteso)

**DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 85 D.LGS. 159/2011  
(solo per le società quando è compilato il quadro di autocertificazione)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. [ | | | | | | | | | | | | | | | | | | ]

Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M [ ] F [ ]

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Residenza Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

per i cittadini extracomunitari, gli estremi del permesso/carta di soggiorno rilasciato per \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_

1. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159 (antimafia).

***Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445.***

***Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 d.lgs.196/2003 "Codice sulla protezione dei dati personali", dichiara di essere stato preventivamente informato che i dati personali raccolti saranno trattati sia manualmente che con strumenti informatici, esclusivamente e limitatamente all'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta***

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_