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/aCognome _____ Nome _____

Nato/a a_____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____Via _____n. ____

Codice Fiscale n: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Telefono n _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____

Partita IVA | | | | | | | | | | | |

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:

1. 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

FIRMA

DATA _____ _____