

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' CONCERNENTE LA PERMANENZA DEI REQUISITI DI UNPRESIDIO SANITARIO O SOCIOSANITARIO GIA' AUTORIZZATO ALL'ESERCIZIO.**

Al Comune di

A

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda \_\_\_\_\_

Partita IVA 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

con Sede in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C

della struttura sanitaria/socio-sanitaria denominata:

\_\_\_\_\_

per l'erogazione di prestazioni:

\_\_\_\_\_

in regime

\_\_\_\_\_

con una dotazione di n. \_\_\_\_\_ posti/posti letto (solo per gli ospedali e le strutture residenziali e semiresidenziali)

CODICE ORPS \_\_\_\_\_

D

dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

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

E

in possesso dell'autorizzazione all'esercizio, 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 dalla:

- STRUTTURE SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE O SOCIO SANITARIE:

☐ D.G.R. 2200/2000;      ☐ D.G.R. 937/2020 e 938/2020;      ☐ D.G.R. 1412/2023;

- STRUTTURE OSPEDALIERE:

☐ D.G.R. 2200/2000;      ☐ D.G.R. 1669/2019;      ☐ D.G.R. 1468/2023;

- STRUTTURE AMBULATORIALI, STUDI PROFESSIONALI, TERME:

☐ D.G.R. 2200/2000;      ☐ D.G.R. 1571/2019;      ☐ D.G.R. 214/2023;      ☐ D.G.R. 1469/2023

- STRUTTURE LABORATORIALI:

☐ D.G.R. 2200/2000;      ☐ D.G.R. 1573/2019;      ☐ D.G.R. 1559/2022

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.Lgs. 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 \_\_\_\_\_