

**DICHIARAZIONE PRESTAZIONI/ SERVIZI ESTERNALIZZATI**

*(ovvero di prestazioni/servizi alla persona affidati all'esterno a terzi soggetti)*

IL SOTTOSCRITTO	
IN QUALITÀ DI	
DELLA SOCIETÀ/ENTE/AZIENDA/ DITTA INDIVIDUALE/ASSOCIAZIONE/FONDAZIONE (indicare denominazione e sede legale)	
PER LA STRUTTURA SANITARIA: (indicare denominazione e sede operativa)	

**DICHIARA**

(ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000)

in riferimento alle prestazioni oggetto dell'istanza di accreditamento presentata:

- L'ASSENZA DI PRESTAZIONI/SERVIZI ESTERNALIZZATI *(ovvero di prestazioni/servizi alla persona affidati all'esterno a terzi soggetti)*
- DI USUFRUIRE DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI/ SERVIZI ESTERNALIZZATI *(ovvero di prestazioni/servizi alla persona affidati all'esterno a terzi soggetti)*

<b>TIPOLOGIA</b> <i>prestazioni/servizi esternalizzati</i>	<b>DENOMINAZIONE STRUTTURA</b> <i>che effettua le prestazioni/servizi esternalizzati</i>

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante \_\_\_\_\_

(per esteso)