

DICHIARAZIONE per soglia minima di attività per i LABORATORI ANALISI

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)	

ed in riferimento alle prestazioni oggetto di istanza di accreditamento, ovvero:

CODIFICA TIPOLOGIA (rif. Reg. 1/2018): **MLAB Medicina di Laboratorio**

DICHIARA

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

che la struttura possiede l'ulteriore requisito di accreditamento, in conformità a quanto previsto nel vigente Manuale di Accreditamento, ovvero:

- di raggiungere la soglia minima di attività prevista di n. 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno prodotti in sede e non tramite service;

OPPURE

- di far parte di una aggregazione, che raggiunge la soglia minima di attività prevista di n. 200.000 esami di laboratorio, composta dalle seguenti strutture aggregate:

.....
.....
.....
.....
.....

Data ____/____/____

Firma del legale rappresentante _____

(per esteso)