

**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 JESI**

A

Il/la sottoscritto/a _____	
Nato/a a _____	Prov. di _____ il _____
Residente a _____	Via _____ n. _____
Codice Fiscale n: _____	Telefono n _____
indirizzo P.E.C. _____	

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 : _____
per l'erogazione di prestazioni : _____
in regime : _____
con una dotazione di n: _____ posti letto <b>(solo per gli ospedali e le strutture residenziali)</b>

D

dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria denominato/a: _____
---

**sita/o in codesto Comune, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_**

E

in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria, rilasciata dal Comune di <b>JESI</b> 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. il presidio ha mantenuto i requisiti minimi strutturali, tecnologici-impiantistici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie previsti dalla D.G.R. 2200/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

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

Firma del Titolare/Legale Rappresentante \_\_\_\_\_  
(per esteso)

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