

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____

a _____ (____), residente a _____ (____)

in Via/Piazza _____ n. _____,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art 76, del D.P.R. n. 445/2000, nella sua qualità di titolare/legale rappresentante della seguente struttura sanitaria:

Ditta/Ragione/Denominazione sociale _____

Con sede legale a _____ (____) Via _____, n _____

Iscritta al Registro delle Imprese della Camera di Commercio di _____

DICHIARA

che la struttura non impiega personale incompatibile (cioè dipendente da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e/o professionista convenzionato con SSN, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della legge n. 412/1991 e dell'art. 1, comma 19 della legge n. 662/1996), anche relativamente a funzioni ed attività diverse da quelle oggetto di accreditamento.

Luogo e Data

Firma del/la Dichiarante
(per esteso e leggibile)