

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

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

a _____ (____), Codice Fiscale _____,

residente a _____ (____)

in Via/Piazza _____ n. _____,

recapito telefonico _____,

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 _____

e sede operativa a _____ (____) Via _____, n _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Iscritta al Registro delle Imprese della Camera di Commercio di _____

DICHIARA

- che a suo carico non sussistono cause di divieto, di sospensione e di decadenza previste dall'art. 67, del D. Lgs. n. 159/2011, recante "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136"
- che le medesime cause non sussistono a carico del direttore sanitario e degli altri soggetti di cui all'art. 85 del precitato D. Lgs. n. 159/2011;

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità inerenti al procedimento di accreditamento di cui alla D.G.R. n. 1436/2011.

Luogo e Data

Firma de/la Dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento d'identità del dichiarante all'ufficio competente, allegata agli altri documenti richiesti per il procedimento di accreditamento di cui alla D.G.R. n. 1436/2011.