

USO ATS-PV/DIPARTIMENTO PAAPSS

esente da autentica di firma ed esente da imposta di bollo

AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO E MANTENIMENTO REQUISITI

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome
Codice Fiscale Nato a il
Residente in Via/Piazza n.
Comune (.....)
Telefono Cellulare
e-mail PEC
In qualità di Titolare/Legale rappresentante dell'Ente
Gestore della Struttura Sanitaria denominata
sita in.....via.....telefono

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

che la Struttura Sanitaria è in possesso di tutti i requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalle normative vigenti in materia e che non sono state apportare modifiche rispetto alla precedente autorizzazione/SCIA n. _____ del _____ .

ALLEGA

- x fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità

DICHIARA INOLTRE

- x di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.LGS 196/2003 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Pavia;

Data

Firma del dichiarante