

OGGETTO: STRUTTURA SANITARIA. ART.12 COMMA 1 DELLA LEGGE REGIONALE 20/2000. VERIFICA PERIODICA DEI REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI.

A

Il/la sottoscritto/a		
Nato/a a	Prov. di	il
Residente a	Via	
Codice Fiscale n:	Telefono n	
FAX		
PEC		

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda		
Partita IVA	con Sede in	
Via	n	

e quale titolare della struttura sanitaria

sita a Gabicce Mare in Via

di cui all'autorizzazione n. _____ del _____, ai sensi dell'art.12 comma 1 della L.R. 20/2000,

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445) sotto la propria personale responsabilità,

il permanere dei requisiti minimi richiesti previsti dalla normativa statale vigente per l'esercizio della suddetta autorizzazione. Si veda scheda allegata.

DATA

FIRMA

Ai sensi dell'art.38 comma 3 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, la sottoscrizione di cui sopra non viene autenticata in quanto:

a tale dichiarazione si allega copia di un valido documento di identità.
