

**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.**

-----