



Alla REGIONE LAZIO
 Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
 Area Pianificazione e Controllo Strategico,
 Verifiche e Accreditamenti
 Ufficio Requisiti Autorizzativi e di
 Accreditamento

Pec: autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____,
 nato/a a _____ Prov. (____), il _____,
 C.F. _____, domiciliato per la carica presso lo sede dello studio medico, ovvero
 presso la sede legale della società, nella qualità di:

- titolare dello studio medico _____ Sito in
 _____ Via/P.zza _____
 _____ n. _____, CAP _____;

oppure

- rappresentante legale della società
 _____ che gestisce attività sanitaria
 presso il Presidio sito in _____ via/piazza
 _____ n. _____, CAP _____;

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 nel caso di
 dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- che lo studio/la società è stata autorizzato/a con determinazione dirigenziale n. _____
 del _____ eventualmente modificate dalla determinazione _____;
 oppure
 che lo studio o la società è stata autorizzato/a all'esercizio e accreditato/a istituzionalmente con
 Decreto del commissario ad acta n. _____ del _____, eventualmente modificato dai
 seguenti decreti n. _____ del _____;
- che l'impresa è regolarmente iscritta nel Registro delle imprese istituito presso la Camera di
 Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di.....C.F./
 P.Iva _____;
- che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione,
 fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura prevista dalla legge
 fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna;
 oppure
 che è stata dichiarata fallita, tuttavia è stata autorizzata alla gestione transitoria con
 provvedimento del Tribunale di _____ per il seguente periodo _____;
- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui
 all'art. 67 del D. Lgs. 159/2011 e s.m.i.;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che
 riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti
 amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di aver assolto presso la predetta struttura tutti gli obblighi previsti dalla normativa vigente in



- materia di trattamento dei dati personali e sensibili in ambito sanitario;
- che, essendo trascorsi cinque anni dalla data di rilascio dell'autorizzazione, nella predetta struttura permangono i requisiti minimi stabiliti con il provvedimento di cui all'art. 5, comma 1, lettera a) della L.R. 4/2003 e, se accreditata, permangono anche gli ulteriori requisiti di accreditamento stabiliti con provvedimento di cui all'art. art. 13 comma 1 della L.R. 4/2003;
- che nulla è stato modificato nella struttura rispetto a quanto già determinato con il/i provvedimento/i autorizzativo/i ed eventualmente di accreditamento rilasciati nel tempo e sopra richiamati;

Luogo e data _____

(firma per esteso e leggibile)

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali limitatamente a quanto previsto dall'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003, in base al quale i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data: _____

(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, anche elettronica, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.