



**AUTOCERTIFICAZIONE CONFORMITA' DELLA STRUTTURA  
AL POSSESSO DEI REQUISITI MINIMI**

allegato **SAN-C**

versione del 01-07-2017

**Allegato SAN-C**

autocertificazione resa ai sensi dell'art. art. 5 della L.R. 32/2007 e ss.mm.ii.

Il/la sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Partita IVA |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso M |\_| F |\_|

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

in qualità di:

- titolare di ditta individuale
- titolare e delegato di Studio Associato
- legale rappresentante di Società/Ente/Azienda
- legale rappresentante di ONLUS

ragione sociale \_\_\_\_\_

in possesso di autorizzazione all'esercizio n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (rilasciata ai sensi dell'art. 4 / 11 della L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii.) relativamente alla struttura sanitaria sita a Pescara in via/piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ denominata \_\_\_\_\_

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 ed all'art. 3 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

**D I C H I A R A**

che nella predetta Struttura Sanitaria viene continuata la medesima attività e che ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. **si attesta il mantenimento del possesso dei requisiti minimi autorizzativi definiti dal Manuale di Autorizzazione** che sono stati oggetto di valutazione ai fini del rilascio del predetto provvedimento di autorizzazione.

Data: |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Il Dichiarante:

Il Direttore Sanitario:  
(in caso di struttura ambulatoriale)

