



Fac-simile struttura sociosanitaria/sociale

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Via _____

in qualità di legale rappresentante/titolare della struttura:

Denominata	_____
Sita a	_____ CAP _____ Via _____
Tipologia di struttura	_____
Autorizzata con provvedimento (allegato)	
tipo	_____ n. _____ del _____

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

AI FINI DEL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

- Che i requisiti minimi generali e specifici non hanno subito modifiche o variazioni nel corso della durata dell'autorizzazione all'esercizio, fatti salvi i seguenti adempimenti posti in essere in atto in esecuzione della normativa in materia di sicurezza degli impianti e/o di settore

Fac-simile struttura sociosanitaria/sociale

- Che per le attività già autorizzate all'esercizio e oggetto di rinnovo non è venuta meno la disponibilità delle relative professionalità, attrezzature e presidi necessari al loro svolgimento

- Che tutto il personale, di cui si allega elenco nominativo con relativa figura professionale, che opera presso la struttura, sia a livello di dipendenza che a rapporto di consulenza e/o collaborazione è in possesso del prescritto titolo di studio o qualifica professionale, nonché specializzazione ove richiesta;

- Che i requisiti minimi generali e specifici, come risultanti dalle relative schede e applicabili alla struttura sopra richiamata sono stati autovalutati con l'esito riportato a fianco di ciascuno sulla scorta delle relative evidenze che si trattengono per esibirle, a richiesta, in caso di visita di verifica

- Che la presente dichiarazione vale per:
 - tutte le strutture/attività oggetto dell'istanza di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio
 - tutte le strutture/attività oggetto dell'istanza di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio ad esclusione delle seguenti, per cui sono intervenute variazioni tali da richiedere una specifica verifica esterna:

Fac-simile struttura sociosanitaria/sociale

Allego ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000 fotocopia non autenticata del documento di identità.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese.

Data _____

Firma
