# Alla REGIONE LAZIO

**Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali Area Pianificazione e Controllo Strategico, Verifiche e Accreditamenti**

**Ufficio Requisiti Autorizzativi e di Accreditamento**

**Pec:** [**rinnovoautorizzazione@regione.lazio.legalmail.it**](mailto:rinnovoautorizzazione@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 presso la sede legale della società, nella qualità di:

~~;~~

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,

# D I C H I A R A

~~/~~la società è stata autorizzat~~o~~/a con determinazione dirigenziale n. \_ del eventualmente modificate dalla determinazione ~~;~~

* 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 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, così come integrati e/o modificati dai provvedimenti successivi nelle more intervenuti e vigenti alla data odierna della presente dichiarazione;
* ~~;~~
* 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.