

**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 lo sede dello studio medico, ~~ovvero~~  
~~presso la sede legale della società~~, nella qualità di:

- ~~Titolare~~ Legale Rappresentante dello studio medico associato \_\_\_\_\_ 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,

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

- che lo studio/~~la società~~ è stato 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, così come integrati e/o modificati dai provvedimenti successivi nelle more intervenuti e vigenti alla data odierna della presente dichiarazione;
  - ~~- che, essendo anche accreditata, dichiara che permangono anche gli ulteriori requisiti di accreditamento stabiliti con provvedimento di cui all'art. 13 comma 1 della L.R. 4/2003, così come modificati e/o integrati dai provvedimenti successivi, 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.