

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA VERIFICA DELLA PERMANENZA DEI REQUISITI PER IL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA, SOCIO-SANITARIA O SOCIO-ASSISTENZIALE, SOCIO-EDUCATIVA O STUDIO PROFESSIONALE

All' Authority per l' autorizzazione, l' accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi

Il sottoscritto nato a il,
residente a, C.O.E.,
in qualità di
della
(ditta individuale/società/azienda)

con sede legale in, Via.....nr.....
Telefono....., Fax....., e-mail

autorizzato, con provvedimento n. rilasciato da codesta Authority in data,

al funzionamento della seguente struttura (barrare la tipologia di struttura):

- sanitaria;
- socio-sanitaria o socio-assistenziale
- socio-educativa
- studio (indicare la tipologia)

Denominazione, indirizzo

.....
.....

ai fini della verifica di cui all' art. 13 della Legge 69/04 e del Decreto Delegato 11/2020;

dichiara

- che la struttura sopra indicata possiede i requisiti per l' esercizio delle attività oggetto di autorizzazione, valutati in sede di emanazione del provvedimento di autorizzazione.

In fede.

Data Firma

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell' ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall' Amministrazione saranno trattati in conformità all' Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.sanmarino.sm – Canali Tematici “Informativa per il trattamento dei dati personali”

Firma _____