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

- titolare dello studio medico _____ 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,

DICHIARA

La veridicità e la correttezza dei dati inseriti nell'elenco relativo al 'Monitoraggio del Personale LR 14/2021'.

Roma __/__/____

Legale Rappresentate\Titolare

Allegare documento di riconoscimento in corso di validità