

**DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante della struttura \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che le prestazioni sono rese:

- a) in regime di solvenza e non rientrano tra quelle contrattualizzate con la ASL;
- b) in locali o ambienti che concorrono al rispetto dei requisiti strutturali richiesti dalla specifica normativa per le strutture accreditate;
- c) con professionisti aventi i requisiti di cui al paragrafo c) della D.G.R. 31 luglio 2023, n. 1086.

**Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità.**

Data e luogo

Firma del Legale Rappresentante

**Allegare documenti di identità**