

ALL. 2 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

INAIL
DIREZIONE REGIONALE PER
L'EMILIA ROMAGNA
Galleria 2 agosto 1980 n. 5/A
40121 BOLOGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47– T.U. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni) da
presentare alla Pubblica Amministrazione e/o ai gestori di pubblici servizi

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) _____
nato/a a _____ (____) il _____
C.F. _____ in qualità di (barrare la scelta che interessa):

- ☐ Persona fisica/titolare
☐ Legale rappresentante p.t.

dello Studio _____,
con sede in _____ Via _____,
codice fiscale _____ partita IVA _____,
E mail _____ PEC _____,
ai sensi ed effetti di cui agli art. 47 della T.U. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii.e
consapevole delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o
contenente dati non rispondenti a verità (art.76 T.U. 28/12/2000 n.445 e ss.mm.ii,) e
della decadenza dai benefici ottenuti a seguito di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- ☐ che lo Studio è ubicato in _____ Via _____
_____ ed è autorizzato all'esercizio dell'attività con atto n. _____
del (gg/mm/aa) _____ emesso da _____;
☐ che presso tale Studio operano i medici indicati in calce (odontoiatri, ecc.) iscritti ai
relativi Albi, in possesso delle specializzazioni richieste, in regola con gli adempimenti
formativi obbligatori (ECM) e personale ASO in regola con i previsti corsi di
aggiornamento;
☐ che la struttura è in regola rispetto alle norme sulla sicurezza degli ambienti di
lavoro, sulla sicurezza degli impianti di radiologia nonché a quanto previsto dalle
norme sulla radioprotezione;
☐ che risulta aperta presso INAIL posizione assicurativa PAT n. _____
Codice Cliente n. _____ polizza speciale RX n. _____ e
iscrizione all'INPS Matricola n. _____;
☐ che la struttura ha in dotazione le seguenti apparecchiature
radiologiche _____

_____;

- che lo Studio è regolare dal punto di vista contributivo con INAIL e INPS;
- che lo Studio non è in stato di scioglimento o liquidazione volontaria né sottoposto a procedure concorsuali quali fallimento, liquidazione coatta amministrativa, concordato preventivo, amministrazione controllata o straordinaria e concordato preventivo con continuità aziendale;
- che non vi sono in capo al sottoscritto in qualità di legale rappresentante/titolare/i dello STUDIO, condanne, con sentenze passate in giudicato, per i reati di cui agli articoli 416 e 416 bis c.p., per i delitti di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, se il fatto è commesso con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbia determinato una malattia professionale, salvo che sia intervenuta riabilitazione ai sensi degli articoli 178 e seguenti del codice penale o il reato sia stato dichiarato estinto (articolo 167, codice penale) con provvedimento del giudice dell'esecuzione;
- che lo scrivente è legittimato alla firma in virtù della carica ricoperta;
- che lo scrivente è informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

SI IMPEGNA

a comunicare via PEC le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della convenzione.

Luogo e data _____

Timbro e Firma leggibile del Legale Rappresentante

PERSONALE MEDICO

COGNOME

NOME

SPECIALIZZAZIONE

.....

.....

.....

.....

.....