

Al **Commissario Straordinario  
ASL Roma 5  
Via Acquaregna, 1/15  
00019 – Tivoli (RM)**

Oggetto: AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Rappresentante Legale della \_\_\_\_\_

avente sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Dichiara

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze di natura civile e penale che potrebbero derivare da dichiarazioni false o mendaci, che la

\_\_\_\_\_

avente sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ **è in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per l'esercizio della propria attività.**

Dichiara

altresì, che le apparecchiature sanitarie/non sanitarie presenti sono conformi alle norme di sicurezza e che la \_\_\_\_\_

avente sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ **non è accreditata, neanche parzialmente, con il Servizio Sanitario Nazionale, né svolge attività per conto di strutture con il medesimo Servizio accreditate.**

**Si allega copia del documento di Identità del sottoscrittore**

Data \_\_\_\_\_

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

\_\_\_\_\_