

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
