

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art.47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La Sottoscritto/a:

Nome	GINO	Cognome	GENGA		
Residente in			FANO	C.A.P.	61032
Via/Piazza	DON G. BOSCO	N° 24	C.F./P. IVA	GNGGN182T01D488V	

In qualità di direttore sanitario della struttura denominata "ambulatorio diviaroma" con sede in Fano via F. Gentile n. 1,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE

le acque di scarico prodotte dalla struttura sanitaria saranno esclusivamente quelle dei lavandini degli ambulatori e dei servizi igienici, ad esclusivo utilizzo del personale medico e dei pazienti per l'igiene personale.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

____ FANO
 _____, 25/03/2015

Il Dichiarante



Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.