

**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 GNGGNI82T01D488V

*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.