

ALL. 5 - MANCANZA BARRIERE ARCHITETTONICHE

INAIL
DIREZIONE REGIONALE PER
IL LAZIO

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 _____ (____) 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 del T.U. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii,
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 l'ambulatorio ubicato in _____ Via _____
_____ non presenta barriere architettoniche né all'ingresso né
all'interno di locali, tali da impedire l'accesso e la libera circolazione agli infortunati sul
lavoro/tecnopatici INAIL.

Luogo e data _____

Timbro e Firma leggibile del Legale Rappresentante
