

## **AII. 4 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**INAIL  
DIREZIONE REGIONALE PER  
LA TOSCANA  
Via delle Porte Nuove, 61  
50144 – FIRENZE**

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**(Art. 47 – T.U. n. 445/2000)**

**da presentare alla Pubblica Amministrazione e/o ai gestori di pubblici servizi  
(da compilare in ogni parte, con spunta delle relative caselle)**

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
in qualità di (barrare la scelta che interessa):

- ☐ Persona fisica/titolare
- ☐ Legale rappresentante
- ☐ Procuratore (giusta procura allegata in copia)

della Struttura \_\_\_\_\_,  
con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_,  
PEC (obbligatorio) \_\_\_\_\_,  
ai sensi ed effetti di cui agli art. 47 della T.U. 28/12/2000, n. 445, 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 della decadenza dai benefici  
ottenuti a seguito di dichiarazioni mendaci,

### **DICHIARA**

- ☐ Che la Struttura \_\_\_\_\_  
è accreditata per le prestazioni strumentali e di radiodiagnostica e/o per le analisi di  
laboratorio presso l'Az. USL n. \_\_\_\_\_ con DGR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
e convenzionata con il S.S.R. per le suddette prestazioni;
- ☐ che presso tale Struttura opera personale medico, sanitario e tecnico iscritto ai  
rispettivi Albi, in possesso delle specializzazioni richieste ai fini dell'esecuzione e  
refertazione degli esami ed in regola con gli adempimenti formativi obbligatori (ECM)  
ai sensi della L. 201/2011;
- ☐ che tale Struttura è in regola rispetto alle norme sulla sicurezza degli impianti di  
radiologia nonché a quanto previsto dalle norme sulla radioprotezione;
- ☐ che tale Struttura è priva di barriere architettoniche (DPR 380/2001 e s.m.i.);
- ☐ che tale Struttura impiega lavoratori subordinati o altro personale per il quale  
sussiste obbligo di iscrizione presso INAIL Codice Cliente n. \_\_\_\_\_/  
INPS Matricola n. \_\_\_\_\_;
- ☐ che l'impresa è regolare dal punto di vista assicurativo e contributivo con INAIL e  
INPS;

- ☐ che non sussistono motivi di esclusione ai sensi dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 - emesse nei confronti dei soggetti di cui al comma n. 3 del citato articolo;
- ☐ che la società non è in stato di scioglimento o liquidazione volontaria né sottoposta a procedure concorsuali quali fallimento, liquidazione coatta amministrativa, concordato preventivo, amministrazione controllata o straordinaria e concordato preventivo con continuità aziendale;
- ☐ di essere legittimato/a alla firma in virtù della carica ricoperta;
- ☐ di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lvo 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### **SI IMPEGNA**

a comunicare tramite PEC le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della Convenzione.

Si allega alla presente domanda:

- ☐ Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità;
  - ☐ Altro:
- 

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

---