

## ALL. 2 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

**INAIL**  
**DIREZIONE REGIONALE VENETO**  
**Santa Croce n. 712**  
**30135 – VENEZIA**

**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<sup>1</sup>**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di:

legale rappresentante p.t. /  titolare

della Società (denominazione) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ (Via / Piazza) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Tel. \_\_\_\_\_; cellulare \_\_\_\_\_;  
C.F. \_\_\_\_\_;

**Società** con sede legale in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_; Comune di \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_; Codice Fiscale \_\_\_\_\_;  
Partita IVA \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_;

con **unità operativa 1** denominata \_\_\_\_\_ ubicata  
in Veneto in (*da indicare solo se l'indirizzo è diverso da quello della sede legale*) Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_; Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_;

con **unità operativa 2<sup>2</sup>** denominata \_\_\_\_\_ ubicata  
in Veneto in (*da indicare solo se l'indirizzo è diverso da quello della sede legale*) Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_; Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_;

con **unità operativa 3** denominata \_\_\_\_\_ ubicata  
in Veneto in (*da indicare solo se l'indirizzo è diverso da quello della sede legale*) Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_; Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_;

<sup>1</sup>Modulo in formato editabile da compilare in ogni parte. La mancata spunta delle caselle sarà intesa come mancanza del requisito e determinerà l'esclusione dall'avviso pubblico.

<sup>2</sup>Compilare i campi solo ove si intenda eseguire gli accertamenti presso più unità operative oltre la prima, aggiungendo eventuali altre unità operative se superiori a tre.

ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 47 e 76 del T.U. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità e della decadenza dai benefici ottenuti a seguito di dichiarazioni mendaci,

### DICHIARA

- che l'unità operativa 1 denominata \_\_\_\_\_ è in possesso di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali per i quali intende convenzionarsi, con atto n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_ attualmente in vigore ed è in possesso di accreditamento con la regione Veneto, per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali per i quali intende convenzionarsi, con atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_ attualmente in vigore;
- che l'unità operativa 2<sup>3</sup> denominata \_\_\_\_\_ è in possesso di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali per i quali intende convenzionarsi, con atto n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_ attualmente in vigore ed è in possesso di accreditamento con la regione Veneto, per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali per i quali intende convenzionarsi, con atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_ attualmente in vigore;
- che l'unità operativa 3 denominata \_\_\_\_\_ è in possesso di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali per i quali intende convenzionarsi, con atto n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_ attualmente in vigore ed è in possesso di accreditamento con la regione Veneto, per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali per i quali intende convenzionarsi, con atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_ attualmente in vigore;
- che la società è in regola con gli obblighi assicurativi e contributivi (INPS e INAIL) come da attestazione del DURC;
- che la/e unità operativa/e presso la/e quale/i sono eseguiti gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali è/sono in regola con la normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche e sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- che la società è titolare di polizza assicurativa RCT in corso di validità a copertura dei rischi derivanti dall'esercizio delle attività sanitarie presso la/e unità operativa/e e dei conseguenti dei danni a terzi cagionati anche da dipendenti o consulenti o collaboratori (se presenti) ed è regolare con il pagamento delle rate di premio;
- 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;

---

<sup>3</sup> **Compilare i campi solo ove si intenda eseguire gli accertamenti presso più unità operative oltre la prima, aggiungendo eventuali altre unità operative se superiori a tre.**

- che il legale rappresentante/titolare non ha riportato condanne, con sentenze passate in giudicato, né per i reati di cui agli articoli 416 e 416 bis del codice penale né per i delitti di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, se il fatto è commesso con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbia determinato una malattia professionale, salvo che sia intervenuta riabilitazione ai sensi degli articoli 178 e seguenti del codice penale o il reato sia stato dichiarato estinto (articolo 167, codice penale) con provvedimento del giudice dell'esecuzione;
- che il legale rappresentante/titolare è legittimato alla firma in virtù dello statuto/atto costitutivo della struttura;
- che la società è stata informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 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 via PEC le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della convenzione.

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

Firma leggibile del Legale Rappresentante/Titolare<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> **Il documento può essere sottoscritto anche con firma digitale**