

## SCHEDA 2

### CATALOGO DELLE PRESTAZIONI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

legale rappresentante della ditta/società/azienda denominata \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

#### DICHIARA QUANTO SEGUE

<b>Responsabile DIRETTORE SANITARIO</b>		
<b>Nome Cognome</b>	<b>Specializzazione medica</b>	<b>Attività/prestazioni svolte</b>
_____	_____	_____

<b>PERSONALE LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA E IN ODONTOIATRIA</b>			
<b>Nome Cognome</b>	<b>Specializzazione medica</b>	<b>Iscritto all'Ordine</b>	<b>Attività/prestazioni svolte</b>
1. _____	_____	Provincia di _____ Numero _____	_____
2. _____	_____	Provincia di _____ Numero _____	_____
3. _____	_____	Provincia di _____ Numero _____	_____

  

<b>ALTRO PERSONALE SANITARIO</b>			
<b>Nome Cognome</b>	<b>Titolo di studio</b>	<b>Iscritto all'Albo</b>	<b>Attività/prestazioni svolte</b>
1. _____	_____	Provincia di _____ Numero _____	_____
2. _____	_____	Provincia di _____ Numero _____	_____
3. _____	_____	Provincia di _____ Numero _____	_____

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma digitale del legale rappresentante \_\_\_\_\_

Solo nel caso in cui non si posseda la firma digitale deve essere allegata alla domanda in formato pdf la fotocopia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Note per la compilazione.

Occorre indicare:

- laurea e specializzazioni possedute dal personale laureato;
- I relativi attestati devono essere disponibili in occasione degli accertamenti della Commissione dipartimentale ex art. 8, LR 22/19.

Non sono ammesse autocertificazioni.