

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

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

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

ALTRO PERSONALE SANITARIO			
Nome Cognome	Titolo di studio	Iscritto all'Albo	Attività/prestazioni svolte
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.