

Spett.le ATS INSUBRIA
DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
Struttura Complessa IGIENE E SANITA' PUBBLICA
Via Ottorino Rossi n. 9 – 21100 Varese
protocollo@pec.ats-insubria.it

Il sottoscritto _____ in qualità di _____

Dell'attività denominata _____

Sita in _____ Via _____

AUTOCERTIFICA

Il mantenimento nel periodo dal _____ al _____ dei requisiti minimi organizzativi come da punto 18 DGR n. VII/3312 del 02.02.2001 "Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla Legge Regionale 12.08.1999 n. 15 relative alle attività sanitarie svolte presso le strutture pubbliche e private".

_____, li, _____

In allegato

1. Conferma incarico Direttore Sanitario (MOD. 3)
2. Descrizione attività (MOD. 4)
3. Personale operante nella struttura (MOD. 5)
4. Autocertificazione del possesso dei titoli di studio per personale medico (MOD. 6)
5. Autocertificazione del possesso dei titoli di studio per personale sanitario (MOD. 7)
6. Elenco apparecchiature elettromedicali (MOD. 8)