**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA VERIFICA QUADRIENNALE DELLA
PERMANENZA DEI REQUISITI PER IL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURE
RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PORTATORI DI HANDICAP, ANZIANI E
MALATI DI AIDS CHE SVOLGONO ATTIVITA' SOCIOASSISTENZIALI E SOCIO-
SANITARIE**

Al Sindaco del Comune di

.....

Il sottoscritto
nato a il
residente a in via
in qualità di legale rappresentante della

.....
(DITTA INDIVIDUALE/SOCIETÀ/AZIENDA)

con sede legale a, (Prov.....), via
nr. CAP, telefono fax
e-mail.....
C.F./P.IVA.....

autorizzato, con provvedimento n. rilasciato da codesto Comune in data,
al funzionamento della seguente struttura:

Denominazione, indirizzo

.....
.....

Tipologia della struttura

.....

Capacità ricettiva autorizzata

.....

ai fini della verifica e controllo di cui all'art. 9, della DGR. n. 564/2000;

CERTIFICA

che la struttura sopra indicata ha mantenuto inalterati i requisiti per l'esercizio delle attività oggetto di autorizzazione, valutate in sede di emanazione del provvedimento di autorizzazione.

In fede

data

.....

Il legale rappresentante

.....

NB ai sensi DPR 445/2000, allegare fotocopia documento di identità se la dichiarazione non viene sottoscritta davanti al dipendente addetto