

- nei giorni e negli orari di seguito indicati:

Giorno	Dalle ore	Alle ore
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

Data _____

Firma

Parere _____

Il Resp.Stabilimento Ospedaliero/Dipartimento/U.O.

=====

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Art.47 - DPR 28.12.2000, n.445)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art.76 del DPR 28.12.2000, n.445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- che lo studio ubicato in, per l'esercizio dell'attività libero professionale, risulta in possesso dei requisiti di cui al DPR 14.01.1997
- che all'interno dello studio operano esclusivamente professionisti dipendenti in regime di esclusività

Data _____

Firma

N.B. La dichiarazione deve essere sottoscritta dalla S.V. in presenza dell'impiegato addetto, ovvero presentata o spedita (anche a mezzo fax o per via telematica) già sottoscritta unitamente ad una copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.