

Spett.le \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**Oggetto: DICHIARAZIONE DI ADEMPIMENTO**

**(Legge Regionale n. 9 del 02/05/2017 art.11 e Legge Regionale n. 65 del 22/12/2017)**

Con la presente, il sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante del  
\_\_\_\_\_ (P.Iva \_\_\_\_\_)

con sede legale in: \_\_\_\_\_

con sede/i operativa/e in:

- \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

a) Nominativo del sostituto del responsabile sanitario in caso di assenza o impedimento dello stesso è:

il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ per la sede operativa di cui  
all'oggetto;

b) Che il Personale sanitario operante SOSTITUTO o INTEGRATO nella struttura di cui all'oggetto è il  
seguente:

NOME/COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	MANSIONE	SOSTITUITO e/o INTEGRATO

c) Che la natura giuridica della Scrivente Azienda non è mutata durante l'ultimo anno di gestione;

---

