Carta Intestata dell’Ente

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

**CONFORMITÀ DI SEDI E STRUTTURE**

*(ai sensi e nel rispetto degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e nella consapevolezza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000).*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante di/della (specificare denominazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(città, CAP, indirizzo, numero civico) e sede operativa in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (città, CAP, indirizzo, numero civico), codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo PEC presso il quale si elegge domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

in riferimento alla richiesta di accreditamento provvisorio come Provider regionale ECM,

DICHIARA

* che gli ambienti, impianti e attrezzature utilizzati in qualità di proprietario rispettano la normativa in materia di antincendio, sicurezza, antinfortunistica e destinazione d’uso;
* che, qualora per lo svolgimento di eventi formativi ECM venissero utilizzate, a qualsiasi titolo, sedi diverse da quella di proprietà, verrà acquisita, contestualmente all’avvio della procedura di accreditamento dell’evento e ai sensi del DPR 445/2000, una dichiarazione a cura del Responsabile della struttura utilizzata, che attesti la conformità della medesima alla normativa in materia di antincendio, sicurezza, antinfortunistica e destinazione d’uso.

In fede,

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia di documento di identità oppure Firmato digitalmente