

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
Policlinico "Gaetano Martino" di Messina

(Allegato 2 alla richiesta di attivazione dell'ALPI)

DICHIARAZIONE

___ I ___ sottoscritt ___ nat ___ a ___ il ____,
residente a _____ prov. (___) in via _____
_____ n. _____, dipendente dell'AOU – Policlinico "G. Martino)
a tempo _____ in servizio presso _____
con la qualifica di _____ specialista in _____:

**valendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n°445, consapevole
delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice
Penale e dalle Leggi speciali in materia:**

DICHIARO

(con riferimento alla richiesta di autorizzazione all'esercizio dell'ALPI)

**sotto la mia personale responsabilità di avere erogato in regime di attività istituzionale ambulatoriale
(eterni), nel corso dell'anno _____ le seguenti prestazioni con i relativi
volumi:**

Descrizione della prestazioni	quantità
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____
6) _____	_____
7) _____	_____
8) _____	_____
9) _____	_____

Messina, data _____

in fede
