

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)****DEI REQUISITI MINIMI (di cui alla Comunicazione di Inizio Attività di Psicologi/Psicoterapeuti)**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ cittadinanza _____

residenza _____ via/pz _____

domicilio _____ via/pz _____

CF _____ P.IVA _____ tel. _____

PEC _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

il possesso dei requisiti minimi di cui all'informativa studi professionali sanitari di Psicologo e/o Psicoterapeuta, presente sul sito internet di ATS Brianza, in alternativa alla presentazione della planimetria,

per lo studio sito a _____

in **via/pz n.** _____ **piano** _____ **interno** _____

Dichiara, inoltre, di essere informato che: (a) ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Brianza; (b) potranno essere effettuati i controlli previsti in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000).

(luogo e data) _____

(firma per esteso e leggibile del/la dichiarante)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La presente dichiarazione, **qualora non presentata personalmente**, viene spedita allegando copia fronte e retro di un documento di identità del dichiarante. (Art. 38, 3° comma del DPR 445 del 28 dicembre 2000).