



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"**

Via della Croce Rossa,8 - 80122 Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
All'Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr _____ nato il _____
matricola _____ U.O. _____ P.O. _____

CHIEDE

di esercitare, ai sensi della normativa vigente, compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O.
di appartenenza e al di fuori del normale orario di lavoro, la libera professione in regime ambulatoriale
presso lo studio professionale sito in:

1. in via _____ n. _____
tel. _____ città _____ CAP _____

2. in via _____ n. _____
tel. _____ città _____ CAP _____

DICHIARA

che la struttura indicata:

è uno studio professionale privato e non uno studio professionale collegato in rete con strutture
convenzionate, nel quale, accanto a professionisti dipendenti, in regime di esclusività o convenzionati
del Servizio Sanitario Nazionale, operano anche professionisti non dipendenti o non convenzionati
del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero dipendenti non in regime di esclusività;

è in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;

è in possesso della dichiarazione di conformità alle norme di sicurezza delle apparecchiature sanitarie.

Napoli, li _____

Firma e Timbro
