

**AUTODICHIARAZIONE PER PARTECIPAZIONE ALLA CALL ORGANIZZATA DA OPI BIELLA IN MERITO
ALLA FORNITURA DI MASCHERINE CHIRURGICHE ALLE RSA BIELLESI**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____

a _____ (prov. _____),

CF: _____, identificato a mezzo _____

nr. _____, rilasciato da _____

in data _____. _____. _____.

In qualità di Direttore di Struttura e/o Legale Rappresentante della RSA sita nel territorio biellese,

(Generalità della RSA) _____ :

Struttura _____

Sede legale(indirizzo)- *in caso di strutture gestite da coop sociali indicare la sede legale della cooperativa-*

DICHIARA

che presso la struttura indicata operano

Nr PERSONALE SANITARIO (Infermieri, Fisioterapisti, ecc) _____

Nr. PERSONALE TECNICO ASSISTENZIALI (OSS) _____

La presente dichiarazione è resa in autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

Data _____

FIRMA _____