

DICHIARAZIONE DI REGOLARE SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi della L. 445/2000)

Io Sottoscritt _____ cod. fiscale _____

Nat __ a _____ il _____ residente in _____

Via/piazza _____ tel _____

Convenzionat_ con l'Azienda Sanitaria USL Toscana Centro, in qualità di:

Medico di Medicina Generale

Pediatra di Famiglia

Cod. regionale _____ iscritt _____ negli elenchi del Comune di _____

- Constatato come il vigente Accordo Collettivo Nazionale, che regola i rapporti dei medici convenzionati con il S.S.N, definisce gli studi professionali dei medici di assistenza primaria come Presidi del S.S.N;

DICHIARO

1- Di provvedere alla corretta gestione di tutti i rifiuti sanitari definiti pericolosi dalle vigenti normative e prodotti negli studi medici da me utilizzati, provvedendo alla loro raccolta, confezionamento e definitivo smaltimento, nel pieno rispetto della vigente normativa in materia, conferendoli a Ditta autorizzata , con la quale ho sottoscritto apposito contratto che tengo a disposizione per eventuali richieste da parte dell'Azienda Sanitaria;

2- Di effettuare il corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi per:

n. 1 studio - Via _____ n° _____ Comune _____

n. 2 o più studi - Via _____ n° _____ Comune _____
Via _____ n° _____ Comune _____
Via _____ n° _____ Comune _____
Via _____ n° _____ Comune _____

3- Di accettare la corresponsione, da parte dell'Azienda Sanitaria USL Toscana Centro, del contributo forfettario onnicomprensivo annuo per l'impegno economico da me sostenuto, come previsto dall'Accordo Integrativo regionale sottoscritto, a seguito della entrata in vigore dell'Accordo Collettivo Nazionale del 28.07.2000;

* Il presente modello dovrà essere inviato via mail all'indirizzo medicidimedecinagenerale@uslcentro.toscana.it (per MMG)/pediatridifamiglia@uslcentro.toscana.it (per PLS) con allegato copia del documento di identità.

** Ogni variazione rispetto a quanto originariamente comunicato deve essere trasmessa tempestivamente mediante il presente modulo.

In Fede

Data _____

Firma _____