



Cooperativa Sociale L'Oasi O.N.L.U.S.



AUTOCERTIFICAZIONE PER LA VERIFICA QUADRIENNALE DELLA PERMANENZA DEL REQUISITI PER IL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA



Al Sindaco del Comune di

.....LONGIANO.....

Il sottoscrittoBARTOLETTI CHRISTIAN..... nato a
.....CESENA..... il17/10/1975.....,
residente aCESENATICO – VIA CANNUCETTO N°22.....
....., C.F./P.IVA03146200401.....,
in qualità diLEGALE RAPPRESENTANTE..... della
.....L'OASI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE.....
con sede legale inCESENA..... (Prov.....FC.....),
Via.....DANDINInr.....28.... Cap.47521.....,
Telefono.....0547-613768....., Fax.....0547-613768.....,
e-maildirezione@cooperativaaloasi.it.....

autorizzato, con provvedimento n.10049..... rilasciato da codesto Comune in data
.....06/08/2007....., al funzionamento della seguente struttura sanitaria:

Denominazione, indirizzo

...RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA "IL COLLE" – VIA G.MATTEOTTI N°42/44
BUDRIO DI LONGIANO – 47020 (FC).....

ai fini della verifica di cui all'art. 5, 1° comma della L.R. n. 34/98;

certifica

- che la struttura sopra indicata ha mantenuto inalterati i requisiti per l'esercizio delle
attività oggetto di autorizzazione, valutate in sede di emanazione del provvedimento di
autorizzazione.

In fede.

Cesena 10/09/2019

Il legale rappresentante



Cooperativa Sociale L'Oasi O.N.L.U.S.



AUTOCERTIFICAZIONE PER LA VERIFICA QUADRIENNALE DELLA PERMANENZA DEI REQUISITI PER IL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA

Al Sindaco del Comune di

.....LONGIANO.....

Il sottoscrittoBARTOLETTI CHRISTIAN..... nato a
.....CESENA..... il17/10/1975.....,
residente aCESENATICO – VIA CANNUCETO N°22.....
....., C.F./P.IVA03146200401.....,
in qualità diLEGALE RAPPRESENTANTE..... della
.....L'OASI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE.....
con sede legale inCESENA..... (Prov.....FC...),
Via.....DANDINInr....28... Cap.47521.....,
Telefono.....0547-613768....., Fax.....0547-613768.....,
e-maildirezione@cooperativaoloasi.it.....

autorizzato, con provvedimento n.10049..... rilasciato da codesto Comune in data
.....06/08/2007....., al funzionamento della seguente struttura sanitaria:

Denominazione, indirizzo

...RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA "IL COLLE" – VIA G.MATTEOTTI N°42/44
BUDRIO DI LONGIANO – 47020 (FC).....

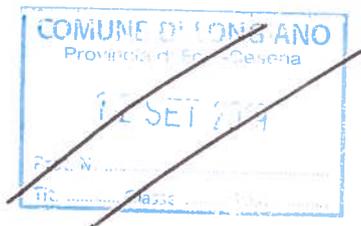
ai fini della verifica di cui all'art. 5, 1° comma della L.R. n. 34/98;

certifica

- che la struttura sopra indicata ha mantenuto inalterati i requisiti per l'esercizio delle
attività oggetto di autorizzazione, valutate in sede di emanazione del provvedimento di
autorizzazione.

In fede.

Cesena 10/09/2019



Il legale rappresentante

Christian Bartoletti



Cooperativa Sociale L'Oasi O.N.L.U.S.



AUTOCERTIFICAZIONE PER LA VERIFICA QUADRIENNALE DELLA PERMANENZA DEI REQUISITI PER IL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA

Al Sindaco del Comune di

.....LONGIANO.....

Il sottoscrittoBARTOLETTI CHRISTIAN..... nato a
.....CESENA..... il17/10/1975.....,
residente aCESENATICO – VIA CANNUCETO N°22.....
....., C.F./P.IVA03146200401.....,
in qualità diLEGALE RAPPRESENTANTE..... della
.....L'OASI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE.....
con sede legale inCESENA..... (Prov.....FC....),
Via.....DANDINInr....28... Cap.47521.....,
Telefono.....0547-613768....., Fax.....0547-613768.....,
e-maildirezione@cooperativaoloasi.it.....

autorizzato, con provvedimento n.10049..... rilasciato da codesto Comune in data
.....06/08/2007....., al funzionamento della seguente struttura sanitaria:

Denominazione, indirizzo

...RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA "IL COLLE" – VIA G.MATTEOTTI N°42/44
BUDRIO DI LONGIANO – 47020 (FC).....

ai fini della verifica di cui all'art. 5, 1° comma della L.R. n. 34/98;

certifica

- che la struttura sopra indicata ha mantenuto inalterati i requisiti per l'esercizio delle
attività oggetto di autorizzazione, valutate in sede di emanazione del provvedimento di
autorizzazione.

In fede.

Cesena 10/09/2019

Il legale rappresentante