

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI STUDIO
PROFESSIONALE MEDICO-CHIRURGICO E ODONTOIATRICO**

Al Sindaco del Comune di

.....

Il sottoscritto nato a

il, residente a

.....

Telefono....., Fax.....,

e-mail C.F./P.IVA.....,

in qualità di.....

(specificare il titolo professionale)

c h i e d e

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della propria attività professionale nello studio professionale sito
in:

.....

Indirizzo

Allo scopo allega:

- 1 Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con layout delle attrezzature e degli arredi;
- 2 Catalogo delle attività con riferimento alle discipline specialistiche ed alle relative tipologie di prestazioni;
- 3 Piano aziendale con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni;
- 4 Ogni altra informazione utile a documentare il rispetto dei requisiti elencati nell'allegato n. 1 alla delibera n. del .

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione al punto 2.

Il professionista

.....

data

Allegati n.