



Amministrazione destinataria

Comune di Piacenza

Ufficio destinatario

Servizio Sociale

## Domanda di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
				Interno	Scala
				Piano	SNC <input type="checkbox"/>
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

**in qualità di** (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo					
Denominazione/Ragione sociale					
Tipologia					
Sede legale					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
				Interno	Scala
				Piano	SNC <input type="checkbox"/>
					CAP
Codice Fiscale			Partita IVA		
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione

- al funzionamento di studio professionale medico-chirurgico
- al funzionamento di studio professionale odontoiatrico
- al funzionamento di struttura sanitaria

Denominazione

**pertanto allega apposita documentazione**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione

che lo studio professionale sopra indicato è

nuovo

esistente alla data del 22 febbraio 2005

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

elenco documenti da allegare in caso di domanda di apertura studio odontoiatrico

elenco documenti da allegare in caso di domanda di apertura studio medico-chirurgico

elenco documenti da allegare in caso di domanda di apertura struttura sanitaria

documento di identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Piacenza

Luogo

Data

il dichiarante