



Comune di Modena

Settore Politiche Sociali, Sanitarie e per l'Integrazione

MODELLO di domanda in marca da bollo
da € 16,00

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

Al Dirigente Resp.le del Settore Politiche
Sociali Sanitarie e per l'Integrazione
Via Galaverna n. 8
41123 - Modena

Il sottoscritto
nato a IL

residente a
.....

Telefono.....

Fax.....

e-mail.....

C.F./P.IVA

in qualità d (specificare il titolo professionale).....

c h i e d e

ai sensi della Direttiva Regionale n. 327/2004 il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della propria attività professionale nello studio professionale sito in (indirizzo e città)

.....
.....

ALLO SCOPO ALLEGA IN DUPLICE COPIA:

- 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 erogate;
- 3 Piano aziendale con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla prevenzione e al controllo delle infezioni;

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione in particolare quelle relative al punto 2.

Il sottoscritto, dichiara di avere preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale protezione dati 2016/679 sul sito: <https://www.comune.modena.it/welfare/privacy>

Il professionista

.....

data

(allegare carta d'identità valida)

Allegati n.

N. B. Nel caso in cui si tratti di studio associato la domanda deve evidenziare il nominativo di tutti i professionisti associati ed essere da tutti sottoscritta.