



**Comune di Modena**

Settore Politiche Sociali, Sanitarie e per l'Integrazione

Marca da bollo da €  
16,00

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI  
AMBULATORIO ODONTOIATRICO**

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 di.....  
(specificare il titolo professionale)

**ch i e d e**

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

*Indirizzo*

.....  
.....

DIRETTORE SANITARIO .....

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.;
- 4  Ogni altra informazione utile a documentare il rispetto dei requisiti elencati nell'allegato n. 1 alla delibera n. 327 del 23 febbraio 2004.

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 Legale Rappresentante

.....

data .....



Allegati n.