

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA O SOCIO-SANITARIA (ART. 8 L.R. 20/2000)

BOLLO

Mod. AUT.2

ALLO SPORTELLO UNICO ATTIVITA' PRODUTTIVE
SERVIZIO LICENZE
DEL COMUNE DI GABICCE MARE

A

Il/la sottoscritto/a			
Nato/a a	Prov. di	il	
Residente a	Via		
Codice Fiscale n:	Telefono n		
FAX			
PEC			

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda			
Partita IVA	con Sede in		
Via	n		

Chiede il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio-sanitaria)

C

nella struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) :	
per l'erogazione di prestazioni (2):	
in regime (3):	
con una dotazione di (4) n:	posti letto

D

nello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

realizzato nella unità immobiliare sita in codesto Comune, via

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- ⇒ che la/lo struttura/studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione dell'unità immobiliare;
- ⇒ che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto con deliberazione della G.R. n. 2200 del 24.10.2000;

☐ che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al dott.

nato il _____ Laureato in _____

presso l'Università degli studi di _____ il _____

specialista in _____

iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____

Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Allega: documento d'identità del sottoscritto e del Direttore Sanitario

Data, _____

Firma del Direttore sanitario

Firma del Titolare o Legale rappresentante: