

COMUNICAZIONE DELLA VARIAZIONE DI REQUISITI NON STRUTTURALI DI UN PRESIDIO SANITARIO O SOCIO SANITARIO GIA' AUTORIZZATO AI SENSI DELLA L.R. 20/2000.

BOLLO

Mod. AUT.4

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		

C

della 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

dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

sita/o in codesto Comune, via

Comunica le seguenti variazioni, non strutturali, da apportare al provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio-sanitaria) rilasciato in data _____ con il n _____

che la direzione sanitaria/responsabilità, sarà 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
Documento d'identità del Direttore Sanitario

Data,

Firma del Direttore sanitario

Firma del Titolare o Legale rappresentante: