



ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)					
1	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo	Num. Prot
			<input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica		
NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA					

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'
(L.R. 51 del 5.8.2009 e DPGR 61/R del 24.12.2010)

Al SUAP del Comune di

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

TRASMETTE SEGNALAZIONE RELATIVA A:

Codice	Nome attività	Oggetto
0	Studio medico o odontoiatrico - Associato	<input type="checkbox"/> SOSPENSIONE TEMPORANEA <input type="checkbox"/> CESSAZIONE ATTIVITA' <input type="checkbox"/> VARIAZIONE COMPOSIZIONE ASSOCIAZIONE <input type="checkbox"/> VARIAZIONI

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Tel.		Fax	Cod. fisc.
Indirizzo email				
A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Tel.		Fax	Cod. fisc.
Indirizzo email				
A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Tel.		Fax	Cod. fisc.
Indirizzo email				



A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A2	IN QUALITA' DI			
	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante pro tempore _____			

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telefono	Cellulare	Fax

C	DATI RIFERITI AL LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> ODONTOIATRICO, DI CUI ALLA DIA				
	PROT. N. _____ DEL _____, UBICATO IN:				
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
	Denominazione				
	Sede legale nel Comune				
	Via/Piazza			n.	
	C.F.		P. IVA		



E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'
	<input type="checkbox"/> La temporanea sospensione dell'attività dello studio (superiore ai 6 mesi) dal _____ al _____
	<input type="checkbox"/> La definitiva cessazione dell'attività a decorrere dal _____
	<input type="checkbox"/> A partire dal _____ è intervenuta la seguente variazione nella composizione dell'associazione (specificare i dati completi di tutti i medici oggetto di variazione, sia usciti dall'associazione che entrati): _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Le seguenti variazioni intervenute rispetto alla dia presentata per l'avvio dell'attività: _____	

F3	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				

G	TRATTAMENTO DATI PERSONALI
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 : - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

.....
L'interessato deve firmare* il presente
modello
L'interessato

.....
L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

.....
L'interessato deve firmare* il presente
modello
L'interessato

.....
L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

.....
L'interessato deve firmare* il presente
modello
L'interessato

.....
* firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato/legale rappresentante *
* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica. In caso di **trasmissione telematica con firma digitale** all'indirizzo di posta elettronica certificata del Comune non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.