



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

VERIFICA REQUISITI
(L.R. 5.8.2009 n. 51, DPGR 24.12.2010 N. 61/R)

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 DICHIARAZIONE RELATIVA A:

0	Codice	Nome attività	Oggetto
		Studio medico o odontoiatrico AUTORIZZATO¹	VERIFICA DEL MANTENIMENTO REQUISITI

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

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE				
A1	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A1	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A1	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A1	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			



DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
A1	Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Tel.		Fax	Cod. fisc.
Indirizzo email			
DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
A1	Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Tel.		Fax	Cod. fisc.
Indirizzo email			
A2	IN QUALITA' DI		
<input type="checkbox"/> Legale rappresentante pro tempore _____			
INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
B	Via	Comune	Prov. CAP
Email		Telefono	Cellulare Fax
DATI RIFERITI ALLO STUDIO PROFESSIONALE SINGOLO/ASSOCIATO UBICATO IN:			
C	Indirizzo Via/P.za		Civico Piano/scala/interno
Comune		Prov.	CAP
DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
E	<input type="checkbox"/> odontoiatrico		
<input type="checkbox"/> medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale nelle discipline di riferimento di _____			
<input type="checkbox"/> medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia nelle discipline di riferimento di _____			
ai fini della verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio di attività sanitaria prevista dalla L.R. 51 del 5.8.2009: che lo studio ha mantenuto i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali e specifici di cui DPGR 24.12.2010 N. 61/R.			

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 *			
F3	N	Rilasciato da	il Valida fino al
• Specificare il motivo del rilascio			
TRATTAMENTO DATI PERSONALI			
G	<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 firmaⁱ

.....
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

.....
** 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.*

ⁱ Da inviare nei termini indicati dalla DGR n. 858 del 27 ottobre 2008 allegato 2, punto 1.

ⁱⁱ In caso di studio associato, firma di ogni singolo componente lo studio professionale oppure firma del legale rappresentante. La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.