

MODELLO 3 MANTENIMENTO REQUISITI STUDIO AUTORIZZATO
studio professionale singolo/ associato

Al Comune di

.....

OGGETTO: VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIA PER STUDIO MEDICO O ODONTOIATRICO AUTORIZZATO¹

1) Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____
telefono/cellulare _____ Fax _____
Indirizzo posta elettronica certificata _____

2) Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____
telefono/cellulare _____ Fax _____
Indirizzo posta elettronica certificata _____

3) in caso di studio associato ripetere n° volte per ogni singolo componente lo studio professionale associato

oppure

Il sottoscritto legale rappresentante pro tempore _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____

¹ Da inviare nei termini indicati dalla DGR n. 1107/2012, allegato 3

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo posta elettronica certificata _____

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole/i della responsabilità penale cui può/possono andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, così come disposto dagli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. 445/2000

in relazione al proprio studio professionale

- odontoiatrico
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____

DICHIARA/DICHIARANO

che lo studio ha mantenuto i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali e specifici di cui all'allegato C del regolamento emanato con D.P.G.R. 24 dicembre 2010, n. 61/R.

Il/i sottoscritto/i dichiara/no inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 di essere informato/i che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data.....

firma²

.....
.....
.....
.....

² In caso di studio associato, firma di ogni singolo componente lo studio professionale oppure firma del legale rappresentante.
Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.