

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI STUDIO
PROFESSIONALE ODONTOIATRICO**

Al Sindaco del Comune di

.....

Il sottoscritto nato a

il, residente a

....., Telefono.....,

Fax....., e-mail

C.F./P.IVA, in qualità di.....

(specificare il titolo professionale)

c h i e d e

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della propria attività professionale nello studio professionale sito in:

Indirizzo

.....
.....

Allo scopo dichiara che lo studio sopra indicato è:

Nuovo

Esistente alla data del 22 febbraio 2005

Allo scopo allega:

1. Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con layout delle attrezzature e degli arredi;
- 3 Piano relativo alla prevenzione e controllo delle infezioni;
- 4 Ogni altra informazione utile a documentare il rispetto dei requisiti elencati nell'allegato n. 1 alla delibera n. 2520 del 6 dicembre 2004.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione .

Il professionista

.....

data

Allegati n°

N.B. Nel caso in cui trattasi di studio associato la domanda deve evidenziare il nominativo di tutti i professionisti associati ed essere da tutti sottoscritta