

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI  
AMBULATORIO 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 nell'ambulatorio odontoiatrico

sito in: .....

Indirizzo: .....

Direttore Sanitario: .....

Allo scopo allega:

1.  Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con layout delle attrezzature e degli arredi;
2.  Catalogo delle attività con riferimento alle discipline specialistiche ed alle relative tipologie di prestazioni ;
3.  Piano aziendale con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi 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. 327 del 23 febbraio 2004.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione al punto 2.

Data.....

Il Legale Rappresentante

.....

Allegati n°.....