

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI STUDIO
PROFESSIONALE MEDICO-CHIRURGICO**

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 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.

Il professionista

.....

data

Allegati n°