

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

**AL SERVIZIO SPORTELLO UNICO
PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE
DELL'UNIONE DEI COMUNI DELLA
BASSA ROMAGNA
PIAZZA TRISI N. 4
48022 LUGO (RA)**

Il sottoscritto..... nato a.....

il....., residente a.....

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

Fax....., e-mail.....

C.F./P.IVA....., in qualità di
(specificare il titolo di professione)

chiede

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;
2 Piano relativo alla prevenzione e controllo delle infezioni;
3 Ogni altra informazione utile a documentare il rispetto dei requisiti elencati nell'allegato n. 1 alla delibera

di Giunta regionale 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 si tratti di studio associato la domanda deve evidenziare il nominativo di tutti i professionisti associati ed essere da tutti sottoscritta..