



COMUNICAZIONE APERTURA DI STUDIO PROFESSIONALE PER ESERCIZIO PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE

NON ASSOGGETTATO A SCIA O AD AUTORIZZAZIONE
(Es.: Fisioterapia, logopedista, igiene dentale, nutrizionista, ecc...)

All'ASL Bari

Tramite il SUAP del Comune di Gravina in Puglia

Il sottoscritto

cognome _____ nome _____
 data di nascita ____/____/____ luogo di nascita _____ (prov. _____)
 cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residenza: Comune di _____ CAP _____ (prov. _____)
 via/p.zza _____ n. _____
 Tel. _____ cell. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____ [] barrare se certificata
 Titolare della impresa individuale Legale rappresentante della Società
 Proprietario/comproprietario Affittuario
 Presidente _____ _____

C.Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 P.IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

denominazione o ragione sociale _____
 con sede legale ovvero amministrativa nel Comune di _____
 (prov. _____) via/p.zza _____ n. _____
 CAP _____ Tel. _____ Fax _____
 E-mail _____ @ _____ [] barrare se certificata
 Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____
 Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se previsto)
 Partita IVA _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano
 l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai
 benefici conseguenti

COMUNICA

l'apertura e l'esercizio, a far data dal di uno studio professionale di
"
"
denominato..... ubicato in.Gravina in Puglia.....

Vianr

che la struttura oggetto della presente dichiarazione è in possesso dei requisiti urbanistico-edilizi, di agibilità e di destinazione d'uso e di sicurezza previsti;

che l'attività oggetto della presente dichiarazione è posta all'interno di struttura in cui si svolge altra attività di
della Ditta a seguito di autotizzazione / DIA /
SCIA / Comunicazione nr. del

Per tale scopo dichiara di aver sottoscritto con la ditta titolare dell'attività di cui sopra apposito atto di in data nella forma prevista dalle norme vigenti, Registrato a n. del

che gli impianti installati (elettrico, idraulico, gas, riscaldamento, ecc.) sono conformi alle normative vigenti nella rispettiva materia;

che l'approvvigionamento idrico avviene mediante acquedotto comunale, che gli scarichi sono convogliati in pubblica fognatura e che lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani avviene mediante servizio pubblico di raccolta;

che nello studio **sono** detenuti apparecchi elettromedicali come in allegato specificati;

che nello studio **non sono** detenuti apparecchi elettromedicali.

DICHIARA,

il possesso del seguente titolo professionale abilitante all'esercizio dell'attività _____

ALLEGA

- fotocopia del titolo professionale idoneo all'esercizio dell'attività oggetto della presente comunicazione;
- elenco e descrizione delle apparecchiature elettromedicali qualora detenute
- relazione con descrizione delle attività svolte dal professionista;
- planimetri del locale
- copia documento identità in corso di validità
- Tutto quanto potrà essere richiesto dall'ASL necessario per le verifiche di competenza;
- ALTRO (indicare)

data

.....
firma

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Ai sensi dell'articolo 13 del citato decreto legislativo recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali da lei volontariamente forniti per l'attivazione dei servizi richiesti saranno trattati, da parte dell'Ente ricevente, adottando le misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza