

Spett.le Sig Sindaco del comune di.....

Spett.le Servizio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della
ASL.....

La/Il sottoscritta/o, /Dr.ssa/Dr.(con studio in.....a.....)*, a
seguito [SEP] della pubblicazione del Regolamento, n. 5 del 31 marzo 2020
deliberato dalla Giunta Regionale, previsto al comma 3 punto 3.2. della L.R.
22 dicembre 2017 n. 65, (ovvero: nel comunicare l'apertura del proprio
studio sito in.....a.....)**

CHIEDE

che gli venga rilasciato il nulla osta.....(allo svolgimento)* (all'apertura
dello studio di cui sopra)** per l'attività professionale di Odontoiatria.[SEP]
All'uopo

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A del Regolamento approvato il 31 marzo 2020;
- di possedere i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti nell'allegato 3B dello stesso Regolamento;
- di essere la/il Responsabile Sanitaria/o di questo Studio Odontoiatrico

Data

La/Il Responsabile Sanitaria/o

Firma

Spett.le Sig Sindaco del comune di.....

Spett.le Servizio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della
ASL.....

La/Il sottoscritta/o, /Dr.ssa/Dr.con studio in.....a....., a
seguito [L] della pubblicazione del Regolamento, n. 5 del 31 marzo 2020
deliberato dalla Giunta Regionale, previsto al comma 3 punto 3.2. della L.R.
22 dicembre 2017 n. 65,

CHIEDE

che venga rilasciata autorizzazione all'esercizio, per lo studio di cui sopra,
dell'attività professionale di Odontoiatria. [L] All'uopo

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A e 2A del
Regolamento approvato il 31 marzo 2020;
- di possedere i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti
nell'allegato 2B dello stesso Regolamento;
- di essere la/il Responsabile Sanitaria/o di questo Studio Odontoiatrico

Data

La/Il Responsabile Sanitaria/o

Firma

Spett.le Sig Sindaco del comune di.....

Spett.le Servizio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della
ASL.....

La/Il sottoscritta/o, /Dr.ssa/Dr. con studio in.....a.....), a seguito
[SEP] della pubblicazione del Regolamento, n. 5 del 31 marzo 2020 deliberato
dalla Giunta Regionale, previsto al comma 3 punto 3.2. della L.R. 22
dicembre 2017 n. 65, già in possesso di autorizzazione sanitaria

CHIEDE

che venga confermata la suddetta autorizzazione all'esercizio per l'attività
professionale di Odontoiatria. [SEP] All'uopo

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A e 2A del
Regolamento approvato il 31 marzo 2020;
- di possedere i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti
nell'allegato 2B dello stesso Regolamento;
- di essere la/il Responsabile Sanitaria/o di questo Studio Odontoiatrico

Data

La/Il Responsabile Sanitaria/o

Firma

Spett.le Sig Sindaco del comune di.....

Spett.le Servizio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della
ASL.....

La/Il sottoscritta/o, /Dr.ssa/Dr.(con studio in.....a.....)*,
in possesso del nulla osta di cui alla L.R. 22 dicembre 2017 n. 65, a seguito
[L] della pubblicazione del Regolamento n. 5 del 31 marzo 2020 deliberato
[SEP] dalla Giunta Regionale, previsto al comma 3 punto 3.2. della stessa L.R. 22
dicembre 2017 n. 65,

CHIEDE

che gli venga rilasciata l'autorizzazione all'esercizio dell'attività
professionale di Odontoiatria. [L] All'uopo
[SEP]

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A e 2A del
Regolamento approvato il 31 marzo 2020;
- di possedere i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti
nell'allegato 2B dello stesso Regolamento;
- di essere la/il Responsabile Sanitaria/o di questo Studio Odontoiatrico

Data

La/Il Responsabile Sanitaria/o

Firma

Spett.le Sig Sindaco del comune di.....

Spett.le Servizio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della
ASL.....

La/Il sottoscritta/o, /Dr.ssa/Dr.(con studio in.....a.....)*,
in possesso del nulla osta di cui alla L.R. 22 dicembre 2017 n. 65, a seguito
[L] della pubblicazione del Regolamento n. 5 del 31 marzo 2020 deliberato
[SEP] dalla Giunta Regionale, previsto al comma 3 punto 3.2. della stessa L.R. 22
dicembre 2017 n. 65,

CHIEDE

che gli venga rilasciata l'autorizzazione all'esercizio dell'attività
professionale di Odontoiatria. [L] All'uopo
[SEP]

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A e 2A del
Regolamento approvato il 31 marzo 2020;
- di possedere i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti
nell'allegato 2B dello stesso Regolamento;
- di essere la/il Responsabile Sanitaria/o di questo Studio Odontoiatrico

Data

La/Il Responsabile Sanitaria/o

Firma