

FAC SIMILE DOMANDA PASSAGGIO DA NULLA OSTA AD AUTORIZZAZIONE

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

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
della pubblicazione del Regolamento Regionale n. 5 del 31 marzo 2020 e
ss.mm.ii., deliberato dalla Giunta Regione Puglia,

CHIEDE

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

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A e 2A del
Regolamento Regionale approvato il 31 marzo 2020;

ALLEGA

- autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 attestante il possesso
dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'allegato 2B
del Regolamento Regionale approvato il 31 marzo 2020.

Data

Firma

FAC SIMILE DOMANDA PASSAGGIO DA AUTORIZZAZIONE A NULLA OSTA

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 dell'autorizzazione all'esercizio, a seguito della pubblicazione del Regolamento n. 5 del 31 marzo 2020 e ss.mm.ii., deliberato dalla Giunta Regionale Pugliese,

CHIEDE

che venga rilasciato il nulla osta allo svolgimento dell'attività professionale di Odontoiatria, di cui alla L.R. 22 dicembre 2017 n. 65. All'uopo

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A del Regolamento Regionale approvato il 31 marzo 2020;

Data

Firma

FAC SIMILE DOMANDA DI NULLA OSTA

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

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

La/Il sottoscritto/a, /Dr.ssa/Dr.(**con studio in.....a.....**)*, a
seguito della pubblicazione del Regolamento Regionale n. 5 del 31 marzo
2020 e ss.mm.ii., deliberato dalla Giunta Regionale Pugliese, (**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 lo svolgimento**)** dell'attività professionale di
Odontoiatria. All'uopo

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A del Regolamento Regionale approvato il 31 marzo 2020.

Come da previsione del comma 6 dell'art. 5 della L. R. Puglia 9/2017,
come modificata dalla L.R. 65/2017, allega:

- planimetria degli ambienti dove si svolge l'attività;
- elenco delle attrezzature utilizzate;
- dichiarazione sostitutiva del titolo di studio posseduto.

Data

Firma.....

* da indicare in caso di richiesta di nulla osta per studi già esistenti

** da indicare in caso di richiesta di nulla osta per l'apertura di uno studio

FAC SIMILE DOMANDA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE

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

La/Il sottoscritto/a, /Dr.ssa/Dr.(**con studio in.....a.....**)*, a seguito della pubblicazione del Regolamento Regionale n. 5 del 31 marzo, 2020 e ss.mm.ii., deliberato dalla Giunta Regione Puglia, (**ovvero: nel comunicare l'apertura del proprio studio sito in.....a.....**)**

CHIEDE

che gli venga rilasciata l'autorizzazione.....(**all'esercizio**)* (**all'apertura dello studio di cui sopra per l'esercizio**)** dell'attività professionale di Odontoiatria. All'uopo

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A e 2A del Regolamento Regionale approvato il 31 marzo 2020;

Data

Firma

* da indicare in caso di richiesta di autorizzazione per studi già esistenti

** da indicare in caso di richiesta di autorizzazione per l'apertura di uno studio

FAC SIMILE CONFERMA AUTORIZZAZIONE

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

La/Il sottoscritta/o, /Dr.ssa/Dr. **con studio in.....a.....**) in possesso dell'autorizzazione sanitaria, a seguito della pubblicazione del Regolamento Regionale n. 5 del 31 marzo 2020 e ss.mm.ii., deliberato dalla Giunta Regionale Pugliese,

CHIEDE

che venga confermata la suddetta autorizzazione all'esercizio dell'attività professionale di Odontoiatria. All'uopo

DICHIARA

- di effettuare le prestazioni elencate nell'allegato 1A e 2A del Regolamento Regionale approvato il 31 marzo 2020;

ALLEGA

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 attestante il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'allegato 2B del Regolamento Regionale approvato il 31 marzo 2020.

Data

Firma