

ALLEGATO n. 2bis

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

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. .... del .....

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione al punto 2.

Il professionista

.....

Data .....

Allegati n.