

### DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA

Al Sindaco del Comune di .....

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

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

....., C.F./P.IVA ....., in qualità di .....

..... della .....

(ditta individuale/società/azienda)

con sede legale in ..... (Prov.....), Via.....

..... nr..... Cap....., Telefono.....

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

chiede

il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento della seguente struttura sanitaria:

Denominazione, indirizzo

Allo scopo allega:

- 1.  Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con layout delle attrezzature e degli arredi;
- 2.  Elenco dei servizi esercitati all'interno della struttura con riferimento alle tipologie di attività per le quali sono riportati i relativi requisiti nell'allegato n. 1 della delibera n. del
- 3.  Catalogo delle attività con riferimento alle discipline specialistiche ed alle relative tipologie di prestazioni;
- 4.  Definizione dei livelli di responsabilità tecnico-organizzativa della struttura;
- 5.  Piano aziendale con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni;
- 6.  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 ai punti 3 e 4.

Il legale rappresentante

data .....

Allegati n.

## DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI STUDIO PROFESSIONALE MEDICO-CHIRURGICO

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)

ch 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. ....

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

ch i e d e

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.
- 4 elenco attrezzature con data di acquisizione, marca, modello e numero identificativo

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.*