

**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)

**c h 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. 327 del 23 febbraio 2004.

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.*