

Marca da  
bollo

**DOMANDA PER IL RILSCIO 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.....

(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 n. 2.

Il professionista

.....  
data.....

Allegati n. ....