MODELLO 6

COMUNICAZIONE APERTURA STUDIO PROFESSIONALE

(Art. 2 c. 3) - NON UTILIZZANTE ELETTROMEDICALI E PROCEDURE CHIRURGICHE

RACCOMANDATA R.R.

Al Direttore Generale della
Azienda Sanitaria Locale di
_____

Comunicazione di avvio di attività sanitaria ai sensi dell'art. 2, comma 3 del regolamento della Giunta Regionale dell'Umbria n. 6 del 2 agosto 2017 emanato in applicazione dell'art. 8 ter del D. Lgs. 229/99 e della L.R. n. 11/2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____

Via _____ C.F. _____

nella sua qualità di titolare dello Studio professionale denominato: studio medico, odontoiatrico e delle altre professioni sanitarie ***(indicare la tipologia delle prestazioni ed attività sanitarie erogate):***

_____

_____

_____ ubicato in _____ Prov. _____

Via _____ P.IVA n° _____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

recapito telefonico _____

COMUNICA

che nella struttura soprindicata non vengono utilizzare apparecchiature elettromedicali e di non esercitare attività o procedure chirurgiche.

Data _____ Firma _____