

**Amministrazione destinataria**

Comune di Vetralla

Ufficio destinatario**COMUNICAZIONE:**

- Cessazione di attività
- Sospensione temporanea di attività

**Comunicazione di cessazione o sospensione temporanea per l'esercizio di studi
medici odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie svolgenti procedure mediche
terapeutiche o diagnostiche non invasive o di minore invasività o di minor rischio per
la sicurezza del paziente**

Il sottoscritto

Cognome	Nome		Codice Fiscale							
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
Telefono cellulare		Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

in qualità di (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale			Tipologia							
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
Codice Fiscale			Partita IVA							
Telefono	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio				Provincia	Numero Iscrizione					
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)				Provincia	Numero iscrizione					

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

in relazione all'attività di

Attività svolta

- studio medico
- studio odontoiatrico
- altra professione sanitaria

Descrizione altra professione sanitaria

Tipologia di prestazioni erogate

in precedenza avviata tramite

Titolo autorizzativo

- autorizzazione, concessione o nulla osta
- SCIA o comunicazione
- altro (*specificare*)

Protocollo

Data

Ente di riferimento

COMUNICA

- la cessazione dell'attività

- cessazione dell'attività contestuale alla comunicazione
 - cessazione dell'attività con decorrenza dal

Data di cessazione dell'attività

- la sospensione temporanea dell'attività

- sospensione dell'attività contestuale alla comunicazione
 - sospensione dell'attività con decorrenza

Dal

Al

 referente per la pratica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Elenco degli allegati*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Vetralla

Luogo

Data

il dichiarante