COMUNICAZIONE INIZIO ATTIVITÀ STUDIO MEDICO GENERALE E NON ATTREZZATO

Art. 3, comma 3, della Legge Regionale Calabria n. 24/2008

Alla Regione Calabria
Dipartimento Salute e Servizi Sanitari
Settore 2 – Autorizzazioni, accreditamenti e qualità dei servizi sanitari

All'Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Per il tramite del SUAP del Comune di _____

OGGETTO: COMUNICAZIONE INIZIO ATTIVITÀ MEDICA/SANITARIA

1 DATI DEL RICHIEDENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A — COGNOME E NOME | **NATO/A A** | **IL (gg/mm/aaaa)**

RESIDENTE IN (COMUNE) | **CAP** | **VIA/P.ZA**

CODICE FISCALE | **E-MAIL** | **TEL.**

FAX | **TITOLO DI STUDIO**

CONSEGUITO/I PRESSO

SPECIALIZZAZIONE/I

CONSEGUITA/E PRESSO

ISCRITTO ALL'ORDINE/ALBO DEI | **PROVINCIA DI**

2 DICHIARAZIONE DI INIZIO ATTIVITÀ

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 3, della L.R. n. 24/2008, il/la sottoscritto/a comunica e dichiara di avere avviato attività sanitaria NON assoggettata ad autorizzazione, ricadente nella seguente tipologia (barrare solo la casella che interessa):

☐ Studi medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che rispondano ai requisiti stabiliti dai vigenti accordi collettivi nazionali.

☐ Studi medici o di altre professioni sanitarie non attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche che comportino un rischio per la sicurezza e la salute del paziente.

3 ATTIVITÀ/PRESTAZIONI

Per l'esercizio delle attività/prestazioni di carattere professionale sanitario sottospecificate:

DISCIPLINE E ATTIVITÀ/PRESTAZIONI

SVOLTE NEL COMUNE DI | **ALLA VIA** | **N.** | **PRESSO**

4 ALLEGATI

Copia del proprio documento di identità in corso di validità.

5 DATA E FIRMA

LUOGO | **DATA** | **FIRMA DEL DICHIARANTE**

gg/mm/aaaa

Barrare solo la casella che interessa. Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.