Bollo
€ 16,00

DOMANDA RILASCIO AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

|__| attività specialistica ambulatoriale medica _____
|__| attività specialistica ambulatoriale odontoiatrica
|__| attività di medicina di laboratorio _____
|__| attività di diagnostica per immagini
|__| attività ambulatoriale di FKT
|__| specialistica ambulatoriale chirurgica
|__| specialistica ambulatoriale odontoiatrica, attrezzata per erogare prestazioni chirurgiche riferite ai codici 26 e 27 del DM 22/7/1996
|__| diagnostica per immagini, con utilizzo delle grandi macchine
|__| radioterapia
|__| medicina nucleare in vivo
|__| dialisi
|__| terapia iperbarica
|__| consultorio familiare
|__| *(altro da specificare)* _____

Al Comune di Manduria
Settore Attività Produttive
Servizio SUAP

Legge Regionale 8/2004 – Art. 8-ter D. Lgs. 502/92 – E SS.MM.II.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

(in caso di cittadino extracomunitario): titolare di permesso di soggiorno n. _____

rilasciato da _____ il _____ con validità fino al _____

in qualità di :

|__| **Titolare dell'omonima impresa individuale**

PARTITA IVA (se già iscritto) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

n. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____ CCIAA di _____

|__| **Legale rappresentante della ditta/società:**

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PARTITA IVA (se diversa dal codice fiscale) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia di _____

via/piazza _____ n. _____ CAP _____

n. di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

C H I E D E

rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per _____

_____

A tal fine consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 445/2000, compila e dichiara quanto previsto nelle successive sezioni:

SEZIONE A: RESPONSABILE

che il/i responsabile/i medico/i è/sono:

1- Dott.: Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

in possesso di diploma di laurea in _____

rilasciato dall'Università degli studi di _____ in data _____

iscritto all'ordine dei medici della provincia di _____ n. _____

2- Dott.: Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

in possesso di diploma di laurea in _____

rilasciato dall'Università degli studi di _____ in data _____

iscritto all'ordine dei medici della provincia di _____ n. _____

3- Dott.: Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

in possesso di diploma di laurea in _____

rilasciato dall'Università degli studi di _____ in data _____

iscritto all'ordine dei medici della provincia di _____ n. _____

Firma

_____

(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di valido documento di riconoscimento)

SEZIONE B - AUTOCERTIFICAZIONE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

che non sussistono nei propri confronti e dei familiari con se conviventi appresso indicati

1- _____ nato/a a _____ il _____

2- _____ nato/a a _____ il _____

3- _____ nato/a a _____ il _____

4- _____ nato/a a _____ il _____

cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 575/65 *(antimafia)*

Il sottoscritto ribadisce di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000

data _____ Firma

_____

(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di valido documento di riconoscimento)

SEZIONE C: AUTOCERTIFICAZIONE SOCIETA'

Al sensi del DPR 445/2000

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

|__| Che la società rappresentata non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di concordato preventivo od in altre situazioni equivalenti ai sensi della vigente normativa né che a suo carico è in corso procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni.
Che gli altri soci o amministratori della società sono i sigg.

_____ nato a _____ il _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

_____ nato a _____ il _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

_____ nato a _____ il _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

a carico dei quali non sussistono cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 575/65 *(antimafia)*

Firma_____

(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di valido documento di riconoscimento)

SEZIONE D - LOCALI

Ai fini del rilascio dell'autorizzazione, dichiara:

che i locali sono ubicati in via _____ n. _____

|__| che gli stessi hanno una superficie di mq. _____ di cui mq. _____ destinati all'attività di _____ e mq _____ destinati a servizi ed accessori

di avere la disponibilità degli stessi a titolo di _____

|__| che gli stessi hanno i requisiti di legge, sotto il profilo della destinazione d'uso urbanistico-edilizia, per l'esercizio dell'attività ed è stata rilasciata agibilità da _____

in data_____ a nome di _____

ALLEGATI

Ai fini del rilascio dell'autorizzazione, allega:

|__| Copia di valido documento di riconoscimento *(obbligatorio)*

|__| N. 2 Planimetrie dei locali con scala 1:100

|__| Elenco e descrizione delle attrezzature impiegate – 2 copie –

|__| ricevuta del versamento di € ____,00 effettuato sul cc. n. _____ a favore di Comune di Manduria – Servizio SUAP, per diritti di istruttoria.

Firma_____

(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di valido documento di riconoscimento)

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti d. lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma _____

(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di valido documento di riconoscimento)

|SEZIONE A1|

DICHIARAZIONI DEL MEDICO RESPONSABILE CHE ACCETTA L'INCARICO
(da compilarsi in caso di società o di affidamento a terzi)

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

NOMINATO RESPONSABILE del _____

_____

in possesso di diploma di laurea in _____

rilasciato dall'Università degli studi di _____ in data _____

iscritto all'ordine dei medici della provincia di _____ n. _____

DICHIARA:

di accettare l'incarico conferitogli

Il sottoscritto ribadisce di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 445/2000

data _____ Firma

_____

(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di valido documento di riconoscimento)

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti d. lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma _____

(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di valido documento di riconoscimento)