


Amministrazione destinataria

Comune di Alatri

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		Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP						
Provincia	Comune	Indirizzo						
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		Tipologia					
Denominazione/Ragione sociale							
Sede legale		Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP					
Provincia	Comune	Indirizzo					
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.

Alatri

Luogo

Data

il dichiarante