


Amministrazione destinataria

Stato Italiano

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.

Luogo

Data

il dichiarante