

**Amministrazione destinataria**

Stato Italiano

Ufficio destinatario**COMUNICAZIONE:**

- modifica ragione sociale

Comunicazione di modifica della ragione sociale 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 modifica della ragione sociale

Precedente ragione sociale**Nuova ragione sociale** **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)

- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
(da allegare se previsti)
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- 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**