

Spett.le ATS dell'Insubria
DIPARTIMENTO DI IGIENE E
PREVENZIONE SANITARIA
SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA
protocollo@pec.ats-insubria.it

e pc. ASST _____
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

OGGETTO: Richiesta di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire a studio di Medico di Assistenza Primaria MAP /Pediatra di Famiglia Pdf

Con riferimento all'oggetto, il sottoscritto Dr. nato a Prov. il ,
Codice Fiscale, residente
in via n.
tel. email

CHIEDE

l'attestazione di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire ad uso studio di MAP/PDF nel Comune di in via n. nel quale si prevede l'inizio della propria attività di MAP/PDF in data/...../.....

Allega planimetria dello studio in scala 1:100 con indicazione di: altezza, RAI e destinazione d'uso dei singoli locali.

Dichiara altresì

- che lo studio è in possesso della certificazione di agibilità e delle certificazioni di conformità degli impianti installati
 - che le stesse saranno disponibili c/o lo studio medico a disposizione del Personale ATS incaricato della verifica
 - che lo studio medico presenta/non presenta barriere architettoniche
 - che lo studio medico presenta/non presenta locali in comune con altre strutture sanitarie
- ✓ Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni di cui sopra sono rese ai sensi dell'art. 47 del d.p.r. n.445/2000 - Allega copia documento di identità
- ✓ Autorizza al trattamento dei dati comunicati in conformità alla normativa vigente.

Data

Firma per esteso.....