

A.S.P. di AGRIGENTO
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene Ambienti di Vita
Viale della Vittoria n. 321
92100 Agrigento

Oggetto: istanza in bollo (€ 16.00) per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria in forma semplice : _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____, codice fiscale _____, residente in _____ via _____ n. _____ tel. _____, medico chirurgo, specialista in _____, mail _____, pec _____, chiede il rilascio dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio dell'attività sanitaria di _____ sita in via _____ n. _____ nel Comune di _____.

Dichiara, altresì che la direzione sanitaria dell'attività sanitaria in oggetto è affidata allo stesso Dott. _____, nato a _____ il _____, Laureato in _____, presso l'Università degli Studi di _____ il _____, specialista in _____ iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____ al n° _____.

Allegati n. _____

Data

firma