

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

Oggetto: Istanza autorizzazione in bollo da €.16,00 sanitaria all'esercizio dell'attività sanitaria in forma societaria _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, residente in _____ via _____ n. _____, codice fiscale _____ tel. _____, in qualità di Legale Rappresentante della società _____, sede legale _____ P.IVA _____, mail _____, pec _____, chiede il rilascio dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio dell'attività sanitaria di _____ sita in via _____ n. _____ nel Comune di _____.

La direzione sanitaria è affidata al Dott. _____, nato a _____ il _____, in possesso di Laurea in _____, presso l'Università degli Studi di _____ il _____, specialista in _____ iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____ al n° _____.

Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Allegati n° _____

Data, _____

Firma del Direttore sanitario

Firma del Legale Rappresentante
