


**Amministrazione destinataria**

Comune di Ventimiglia

**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		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>
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		Tipologia									
Denominazione/Ragione sociale											
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.

Ventimiglia

Luogo

Data

il dichiarante