

Allo Sportello Unico \_\_\_\_\_ Comune / Comunità / Unione \_\_\_\_\_

## COMUNICAZIONE DI INIZIO ATTIVITA' PER STUDIO PROFESSIONALE MEDICO E ODONTOIATRICO

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

(sempre necessario)

Cognome		Nome		Codice fiscale		
Data di nascita		Sesso	Cittadinanza			
		-	▼			
Luogo di nascita		Provincia	Stato			
Residenza						
Comune		Provincia	Stato		CAP	
Indirizzo			Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare		Fax		
PEC (Domicilio elettronico)			Email			
Cittadino						
<input type="radio"/> Comunitario		<input type="radio"/> Non comunitario		<input type="radio"/> Non comunitario e residente all'estero		
Permesso di soggiorno / carta di soggiorno n.		Rilasciato da		Data di rilascio		
Motivo del soggiorno				Valido fino al		
Estremi raccomandata				Rinnovato il		

**PER CONTO DELLA DITTA O SOCIETÀ**

(eventuale)

In qualità di						
-						
Denominazione o ragione sociale		Codice fiscale		Partita iva		
Sede legale/sociale						
Comune		Provincia	Stato		CAP	
Indirizzo			Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare		Fax		
Posta Elettronica Certificata (PEC)			Email			
N. di iscrizione al R.I.		CCIAA di		Data		



che lo studio sarà aperto nei giorni e negli orari di seguito specificati

		Mattino		Pomeriggio		Continuato	Chiusura
		Dalle ore	alle ore	Dalle ore	alle ore	Dalle ore - alle ore	
<input type="checkbox"/>	Lunedì						<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Martedì						<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mercoledì						<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Giovedì						<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Venerdì						<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sabato						<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Domenica						<input type="checkbox"/>

**che il Responsabile sanitario è**

il sottoscritto

Estremi iscrizione all'Albo o all'Ordine Professionale

---

altro soggetto

Cognome		Nome		Codice fiscale	
Data di nascita	Sesso	Cittadinanza			
	- ▼				
Luogo di nascita		Provincia		Stato	
Residenza					
Comune		Provincia	CAP	Stato	
Indirizzo			Civico	Scala	Piano Interno
Telefono		Cellulare		Fax	
Estremi iscrizione all'Albo o all'Ordine Professionale					

**che l'attività oggetto della presente domanda è una struttura sanitaria polispecialistica in cui**

è presente un ambulatorio odontoiatrico

non è presente un ambulatorio odontoiatrico



Il Reg. UE n. 679 del 27/04/2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del trattamento:

indirizzo mail/PEC

Responsabile della protezione dati dell'Ente titolare:

indirizzo mail/PEC

Responsabile del Trattamento dei dati (eventuale)

indirizzo mail/PEC

#### **Finalità del trattamento**

Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Pertanto i dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

#### **Modalità del trattamento**

I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici.

#### **Destinatari dei dati**

I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7/08/1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

#### **Diritti**

L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo a un'autorità di controllo come previsto dall'art. 15 del Reg. UE n. 2016/679. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte allo Sportello.

#### **Periodo di conservazione dei dati**

I dati personali saranno conservati, per un periodo di tempo stabilito in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa oppure, nel caso in ciò non sia possibile, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono raccolti e trattati.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data

Firma

**N.B.:** Firma autografa da apporre **esclusivamente** in caso di **presentazione cartacea**. In caso di **compilazione telematica** la firma apposta sul documento di procura speciale/delega assolve a tutti gli adempimenti previsti per legge.