

**Amministrazione destinataria**

Comune di Vasto

Ufficio destinatario

Camera di Commercio Chieti Pescara

COMUNICAZIONE:

- Cessazione di attività
- Sospensione temporanea di attività

Comunicazione di cessazione o sospensione temporanea per l'esercizio di studi medici odontoiatrici e del le 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 | Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| 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 | | | | | | | | | | |
| Denominazione/Ragione sociale | | | | | | Tipologia | | | | |
| 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.

Vasto

Luogo

Data

il dichiarante