

Al **Direttore Generale**
Azienda Sanitaria Universitaria
Friuli Centrale (ASU FC)
Dipartimento di Prevenzione
via Chiusaforte, 2 - 33100 UDINE
PEC: asufc@certsanita.fvg.it

OGGETTO: punto 9.1.5 DGR n. 3586 dd 30/12/2004
Comunicazione apertura di studio professionale non soggetto ad autorizzazione

Il/La sottoscritto/a	<input type="text"/>		
nato/a	<input type="text"/>	provincia di <input type="text"/>	il <input type="text"/>
e residente in	<input type="text"/>	provincia di <input type="text"/>	in <input type="text"/>
C.F.	<input type="text"/>	P.IVA	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>
		tel	<input type="text"/>
in qualità di	<input type="text"/>		
ai sensi del punto 9.1.5 della DGR n. 3586 del 30/12/2004,			
<u>COMUNICA</u>			
	<input type="text"/> del proprio studio professionale		
denominato	<input type="text"/>		
sito in	<input type="text"/>	provincia di <input type="text"/>	in <input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>
		tel	<input type="text"/>
a far data dal	<input type="text"/>		

Consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA

- il possesso del/i seguente/i titolo/i di studio: ;
- di essere iscritto all'Ordine professionale di
della Provincia/Regione di al numero ;
- se medico, di aver conseguito i seguenti diplomi di specializzazione:

DICHIARA ALTRESI'

- **che all'interno di tale studio non verranno eseguite procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o comunque attività che comportano un rischio significativo, in termini di probabilità ed entità, per la sicurezza del paziente.**

Si allega alla presente **copia della carta d'identità**.

Luogo e Data

Firma del professionista