



Amministrazione destinataria
Comune di Rocchetta Sant'Antonio
Ufficio destinatario

COMUNICAZIONE:

☐ modifica soggetti titolari dei requisiti morali

Comunicazione di modifica dei soggetti titolari dei requisiti morali 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
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 modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e Codice Penale), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Solo per la modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)

che i seguenti soggetti cessano la titolarità dei requisiti morali

Nome

Cognome

Nome

che i seguenti soggetti sono i nuovi soggetti titolari dei requisiti morali

(ognuno dei soggetti sotto indicati deve compilare e sottoscrivere la "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")

Nome

Cognome

Nome

Solo per la modifica della ragione sociale

☐ comunica congiuntamente la modifica della ragione sociale

Attenzione: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (articolo 75 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445).

☐ referente per la pratica

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
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)

- ☐ comunicazione di modifica della ragione sociale
- ☐ dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)
- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
(da allegare se previsti)
- ☐ copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ☐ 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.

Rocchetta Sant'Antonio

Luogo

Data

il dichiarante