

MOD. AUT 2 RES

spazio per marca da bollo
oppure
 numero identificativo della marca
 da bollo telematica
oppure
 esenzione

AL SUAP DEL COMUNE DI

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI UNA STRUTTURA SANITARIA
 EXTRAOSPEDALIERA O SOCIO-SANITARIA IN REGIME RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE,
 AI SENSI DELL'ART 8 DELLA L.R. 21/2016**

Il/la sottoscritto/a
 Cognome

Nome.....

Nato/a a (.....)
 il /..... /.....

Residente a(.....)

Via/Piazza n

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel/Cell e-mail

nella sua qualità di: *(indicare la ragione sociale)*

Legale rappresentante della **STRUTTURA PRIVATA**

Legale rappresentante della **STRUTTURA PUBBLICA**

Ragione Sociale

Con Sede Legale in Via/Piazza n.

Comune di (.....) CAP

Forma Giuridica

Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PEC

E-Mail

Recapito telefonico