ISTANZA PER OTTENERE IL NULLA OSTA PER L'APERTURA

E LA GESTIONE DELLO STUDIO ODONTOIATRICO

AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI

ODONTOIATRI DI

RAGUSA

Il sottoscritto Dr……..

Nato a ……..(Prov……..) il……

Residente in ……..Via…….N……..

Laureato in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di……..in data……

Abilitato all'esercizio della Professione presso l'Università di ……..

Nella prima/seconda sessione dell'anno……;

Iscritto nell'Ordine Provinciale di……..

- Albo dei Medici Chirurghi dal……..con posizione n……
- Albo degli Odontoiatri dal……..con posizione n…….

CHIEDE

Il Rilascio del Nulla Osta dell'Ordine per l'apertura e la gestione dello Studio Odontoiatrico sito nel Comune di …….
In via ……n……..
Email……..
Pec……
Tel……..cell……..

Il sottoscritto dichiara che presso il proprio studio Odontoiatrico NON OPERA un Laboratorio Odontotecnico (ovvero opera un Laboratorio Odontotecnico di sua proprietà, nel quale l'Odontotecnico collabora come Dipendente)

Al tal fine allega, in carta semplice:

- AUTORIZZAZIONE SANITARIA all'esercizio dello Studio Odontoiatrico rilasciata dal Sindaco (art. 5, co.4, Decreto Assessorato Regionale Sanità del 17.06.2002)

- Copia contratto di acquisto (o di locazione dell'immobile ove è ubicato lo studio);
- Copia del Contratto ENEL intestato allo scrivente;
- Copia del Contratto telefonico intestato allo scrivente;
- Copia delle fatture di acquisto delle attrezzature;
- Planimetria dei locali e destinazione d'uso dei singoli ambienti.

Data …….

Firma ……