



Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____

CAP _____ Codice Fiscale / Partita Iva _____

tel. _____, in qualità di legale rappresentante _____

con sede in _____ Via _____

CHIEDE

Autorizzazione sanitaria

STUDIO VETERINARIO CON ACCESSO ANIMALI

AMBULATORIO VETERINARIO

CLINICA VETERINARIA

OSPEDALE VETERINARIO

LABORATORIO VETERINARIO DI ANALISI

Voltura *

per l'attività di

* di titolarità

* di direzione sanitaria

(eventuale denominazione) _____

sotto la Direzione Sanitaria del Dott. _____, in quanto Medico Veterinario

iscritto all'Albo di _____ al n. _____ in data _____, che accetta la

Responsabilità controfirmando tale istanza;

nei locali siti in Via _____, composto da n° _____

ambienti, di cui interrati n° _____, con n° _____ lavoratori dipendenti, per una superficie totale di mq _____

* Il sottoscritto dichiara che nei locali suddetti non sono state apportate modifiche strutturali rispetto alla precedente autorizzazione (indicare precedente Titolarità/Dir sanitaria)

.....

Il sottoscritto dichiara che nella struttura vengono utilizzati n. _____ lavoratori subordinati.

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione postale venga trasmessa in

Ai sensi del D.L.gs. 196 del 30-6-2003 si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati, richiesti dalle disposizioni vigenti ai fini dell'espletamento del procedimento autorizzativi, esclusivamente a tale scopo.

_____, lì _____

firma

firma del direttore sanitario per accettazione responsabilità _____