



DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA – Struttura Complessa: IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Sede di _____ p.e.c. : protocollo@pec.ats-brianza.it

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via/pz _____ n° _____ piano _____

domiciliato/a a _____ via/pz _____ n° _____ piano _____

codice fiscale _____ p.e.c. _____

sede di esercizio della professione sanitaria in Comune di _____

via/pz _____ n° _____ piano _____ tel. _____

iscritto/a all'Ordine _____ della Provincia di _____

all'Albo Professionale _____ dal _____ n° _____

all'Albo Professionale _____ dal _____ n° _____

CHIEDE

di depositare la propria firma in quanto soggetto abilitato allo svolgimento della professione sanitaria di

_____ titolo conseguito nell'anno _____

presso _____

DEPOSITO IN DATA _____ FIRMA _____

DEPOSITO IN DATA _____ FIRMA _____

DEPOSITO IN DATA _____ FIRMA _____

.....
(parte riservata all'Ufficio)

Si attesta che in data odierna il/la Sig./ra - Dr./D.ssa _____

docum. di riconoscimento _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

ha depositato la propria firma ai sensi del R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.

Data _____ DEPOSITO FIRMA N° _____

NB: ai sensi dell'art. 1.7.4 del Regolamento Locale d'Igiene il deposito della firma deve essere rinnovato ogni 5 anni.

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA

Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969

Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco