

<p style="text-align: center;">Al SUAP del Comune</p> <p>di _____</p> <p>Indirizzo _____</p> <p>PEC/PEO _____</p>	<p><u>Compilato a cura del SUAP:</u></p> <p>Pratica _____</p> <p>del _____</p> <p>Protocollo _____</p> <p><b>TIPOLOGIA DI PROCEDIMENTO (scelta a cura del richiedente)</b></p> <p><b>AUTORIZZAZIONE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Domanda di autorizzazione per Realizzazione</p> <p><input type="checkbox"/> Domanda di autorizzazione Ampliamento, Riduzione, Varianti in corso d'opera, Trasformazione, Trasferimento.</p> <p><b>AUTORIZZAZIONE + SCIA UNICA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Domanda di autorizzazione per Realizzazione + altre Segnalazioni e/o Comunicazioni</p> <p><input type="checkbox"/> Domanda di autorizzazione Ampliamento, Riduzione, Varianti in corso d'opera, Trasformazione, Trasferimento + altre Segnalazioni e/o Comunicazioni</p> <p><b>AUTORIZZAZIONE + SCIA UNICA E ALTRE DOMANDE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Domanda di autorizzazione per Realizzazione + SCIA UNICA e altre domande</p> <p><input type="checkbox"/> Domanda di autorizzazione Ampliamento, Riduzione, Varianti in corso d'opera, Trasformazione, Trasferimento + altre Segnalazioni e/o Comunicazioni + SCIA UNICA e altre domande</p>
---	---

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURA SANITARIA O SOCIO SANITARIA  
(NUOVA COSTRUZIONE. AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO VARIAZIONI)

**(ART.3 L.R.32/2007 E S.M.I.)**

**RELATIVA A:**

- Realizzazione (nuova costruzione) (Riquadro 1);
- Variazione in corso d'opera art.3 comma 6;
- Ampliamento/riduzione dell'attività (Riquadro 2);
- Trasformazione (Riquadro 3);
- Trasferimento (Riquadro 4).



non necessita di iscrizione al R.I. della C.C.I.A.A.

con sede legale in:

Comune \_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_| Stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Telefono fisso/cell. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Altro domicilio elettronico per invio delle comunicazioni inerenti la pratica \_\_\_\_\_

### 3. DATI DEL PROCURATORE/DELEGATO (compilare in caso di conferimento di procura)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_| Stato \_\_\_\_\_

il |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

residente in \_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_| Stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

PEC/posta elettronica \_\_\_\_\_

Telefono fisso / cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di:

Procuratore/delegato

Agenzia per le imprese – Denominazione \_\_\_\_\_

### 4. INDIRIZZO DELLA STRUTTURA

**DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA:**

SANITARIA O SOCIO SANITARIA

STUDIO DI PROFESSIONE SANITARIA

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_| C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Stato \_\_\_\_\_ Telefono fisso/cell. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

### **IDENTIFICATIVI CATASTALI**

*Catasto Terreni*

*Catasto Fabbricati*

Foglio n. \_\_\_\_\_ P.lla \_\_\_\_\_ Sub \_\_\_\_\_

*Categoria Catastale \_\_\_\_\_ come risultante dall'ultimo titolo edilizio in relazione all'attestazione tecnica resa da tecnico abilitato all'esercizio della libera professione (Architetto, Ingegnere, Geometra, Perito) a mezzo del modulo D02 (sempre obbligatorio)*

### **TITOLO DI DISPONIBILITA' DEI LOCALI:**

**proprietà**

**locazione (contratto stipulato in data \_\_\_\_\_ registrato in data \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_)**

**comodato d'uso**

**leasing**

**altro \_\_\_\_\_**

## **5. REALIZZAZIONE (nuova costruzione)**

### **Il/la sottoscritto/a in qualità di:**

titolare di ditta individuale

titolare e delegato di studio associato

legale rappresentante STP

legale rappresentante di Società/Ente/Azienda/Ente del Terzo Settore ( E.T.S.)

### **CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE per la realizzazione della/del:**

struttura sanitaria o socio- sanitaria \_\_\_\_\_

studio di professione sanitaria \_\_\_\_\_

Superficie complessiva della struttura:  
Superficie per lo svolgimento dell'attività:

mq | \_ | \_ | \_ | \_ |  
mq | \_ | \_ | \_ | \_ |

**TIPOLOGIA DI ATTIVITA' SANITARIA** coerente con il Manuale di AUTORIZZAZIONE

\_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI DISCIPLINA EFFETTUATA:**

\_\_\_\_\_ (scelta da un menù a tendina con la possibilità di più scelte)

**NOTE:** \_\_\_\_\_ (indicazione di ulteriori tipologie di prestazioni effettuate ove non previsto sopra)

## 6. AMPLIAMENTO

Il/la sottoscritto/a

- titolare di ditta individuale
- titolare e delegato di studio associato
- legale rappresentante STP
- legale rappresentante di Società/Ente/Azienda/Ente del Terzo settore (E.T.S.)

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE all'AMPLIAMENTO della/del**

- struttura sanitaria o socio-sanitaria \_\_\_\_\_
- studio di professione sanitaria \_\_\_\_\_
- accreditato dal S.S.R.
- non accreditato dal S.S.R.

già in possesso di autorizzazione prot./n. \_\_\_\_\_ del

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

**Inserire le fattispecie che ricorrono:**

- AMPLIAMENTO QUALITATIVO (aggiunta di attività sanitarie)
- AMPLIAMENTO QUANTITATIVO (aumento della superficie/capienza intesa come posti/posti letto nel caso di strutture residenziali)

A TAL FINE DICHIARA:

che intervengono le modifiche di seguito indicate comunque conformi ai requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa regionale e che consentono il mantenimento dell'autorizzazione.

**Tali modifiche comportano le seguenti variazioni: (specifica quando riguarda ampliamento se si tratta di variazioni sostanziali che richiedono autorizzazione ex art.3 e dunque domanda in bollo ovvero variazioni non sostanziali che potrebbero esulare dall'iter della L.R.32/2007)**

- 1) attività sanitarie aggiunte (da scegliere tramite menù a tendina tra l'elenco delle strutture sanitarie con scelta anche multipla)
- 2) Superficie della struttura da mq |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a mq |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## 7. LA TRASFORMAZIONE

**Il/la sottoscritto/a**

- titolare di ditta individuale
- titolare e delegato di studio associato
- legale rappresentate STP
- legale rappresentante di Società/Ente/Azienda/ Ente del Terzo settore (E.T.S.)

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE all TRASFORMAZIONE della/del:**

- struttura sanitaria o socio-sanitaria \_\_\_\_\_
- studio di professione sanitaria \_\_\_\_\_

**già in possesso di autorizzazione**

**prot./n.** \_\_\_\_\_

**del** |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

**Inserire le fattispecie che ricorrono:**

- AMPLIAMENTO QUALITATIVO (aggiunta di attività sanitarie)**

**Attività sanitarie trasformate \_\_\_\_\_ (da scegliere tramite menù a tendina tra l'elenco delle strutture sanitarie con scelta anche multipla intese come le attività per le quali si chiede di essere autorizzati)**

**A TAL FINE DICHIARA:**

che intervengono le modifiche di seguito indicate comunque conformi ai requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa regionale e che consentono il mantenimento dell'autorizzazione :

(indicare le modifiche da apportare) \_\_\_\_\_

## 8. TRASFERIMENTO NELLO STESSO COMUNE

**Il/la sottoscritto/a**

- titolare di ditta individuale
- titolare e delegato di studio associato
- legale rappresentante STP
- Legale rappresentante di Società/Ente/Azienda/Ente del Terzo settore (E.T.S.)

**CHIEDE IL TRASFERIMENTO NELLO STESSO COMUNE della/del:**

- struttura sanitaria o socio-sanitaria \_\_\_\_\_
- studio di professione sanitaria \_\_\_\_\_

già in possesso di autorizzazione prot./n \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

## 9. IL TRASFERIMENTO IN ALTRO COMUNE

**Il/la sottoscritto/a**

- titolare di ditta individuale
- titolare e delegato di studio associato
- Legale Rappresentante STP
- Legale rappresentante di Società/Ente/Azienda/Ente del Terzo Settore (E.T.S.)

**CHIEDE IL TRASFERIMENTO IN ALTRO COMUNE della Regione Abruzzo della/del:**

- struttura sanitaria o socio-sanitaria \_\_\_\_\_
- studio di professione sanitaria \_\_\_\_\_

autorizzata/o con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata dal COMUNE DI

\_\_\_\_\_ di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente domanda e allega:

- copia dell'atto di acquisto
- affitto del ramo d'azienda
- copia della dichiarazione di successione
- Altro \_\_\_\_\_

## 10.DICHIARAZIONI SUL POSSESSO DEI REQUISITI DI ONORABILITÀ

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni (art. 76 del DPR 445 del 2000 e Codice penale e art. 19, comma 6, della L. n. 241 del 1990), sotto la propria responsabilità,

dichiara:

- Di essere a conoscenza che è vietata la realizzazione di strutture sanitarie o socio sanitarie non compatibili con gli strumenti della programmazione sanitaria regionale previsti dalla L.R. 32 del 2007 (Piano sanitario Regionale, piani stralci, atto del fabbisogno) e che le stesse strutture devono rispettare i requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici previsti nel manuale di autorizzazione.
- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalla legge e di non trovarsi nelle condizioni previste dalla legge (artt. 11, 92 e 131 del TULPS, Regio Decreto 18/06/1931, n. 773);  
**Quali sono i requisiti di onorabilità previsti dalla legge per l'esercizio dell'attività?**  
**(art. 71, D.Lgs. n. 59/2010)**

*Non possono esercitare l'attività nella STRUTTURA SANITARIA O SOCIO\_ SANITARIA o STUDIO DI PROFESSIONE SANITARIA*

*a) coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;*

*b) coloro che hanno riportato una condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo, per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concreto, una pena superiore al minimo edittale;*

*c) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, Titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;*

*d) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e la sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, Titolo VI, capo II del codice penale;*

*e) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione e nel commercio degli alimenti previsti da leggi speciali;*

*f) coloro che sono sottoposti a una delle misure previste dal Codice delle leggi antimafia (D. Lgs. n. 159/2011) ovvero a misure di sicurezza.*

*Il divieto di esercizio dell'attività nei casi previsti dalle lettere b), c), d), e) ed f), permane per la*

*durata di cinque anni a decorrere dal giorno in cui la pena è stata scontata. Qualora la pena si sia estinta in altro modo, il termine di cinque anni decorre dal giorno del passaggio in giudicato della sentenza, salvo riabilitazione.*

*Il divieto di esercizio dell'attività non si applica qualora, con sentenza passata in giudicato sia stata concessa la sospensione condizionale della pena sempre che non intervengano circostanze idonee a incidere sulla revoca della sospensione.*

*In caso di società, associazioni od organismi collettivi i requisiti morali devono essere posseduti dal legale rappresentante, da altra persona preposta all'attività commerciale e da tutti i soggetti individuati dall'articolo 2, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 3 giugno 1998, n. 252. In caso di impresa individuale i requisiti devono essere posseduti dal titolare e dall'eventuale altra persona preposta all'attività commerciale.*

▪ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (art. 67 del D.Lgs. 06/09/2011, n. 159, "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia").

**Quali sono le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla legge (D.Lgs. n. 159/2011)?**

- *provvedimenti definitivi di applicazione delle misure di prevenzione personale (sorveglianza speciale di pubblica sicurezza oppure obbligo di soggiorno nel comune di residenza o di dimora abituale - art. 5 del D.Lgs 159/2011);*

- *condanne con sentenza definitiva o confermata in appello per uno dei delitti consumati o tentati elencati nell'art. 51, comma 3-bis, del Codice di procedura penale (per esempio, associazione di tipo mafioso o associazione finalizzata al traffico di stupefacenti, ecc.).*

\_\_\_|Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, che l'attività è svolta nel rispetto di quanto previsto dall' articolo 3 della L.R. 32/2007 e s.m.i. recante: "Norme in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"

## 11.ALTRE DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a dichiara, relativamente ai locali di esercizio:

- di essere a conoscenza che il locale, dove sarà/è esercitata l'attività, è conforme alle norme e prescrizioni in materia urbanistica, edilizia, igienico-sanitaria e di sicurezza nei luoghi di lavoro;
- di rispettare le norme relative alla destinazione d'uso dei locali ove previsto
- di rispettare le norme relative alla prevenzioni incendi ai sensi del D.P.R. 01/08/2011 n.151

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre:

- la conformità del progetto al possesso dei requisiti minimi previsti dalla L.R.32/2007 e s.m.i e alla successiva DGR n.591/P dell' 1/07/2008 e ss.mm.ii.
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato
- che la ricettività della struttura prevede una dotazione di n. \_\_\_\_\_ posti letto
- in regime di \_\_\_\_\_

--

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE:

Il/la sottoscritto/a presenta le segnalazioni e/o comunicazioni indicate nel quadro riepilogativo allegato.

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE + DOMANDA PER IL RILASCIO DI ALTRE AUTORIZZAZIONI:

Il/la sottoscritto/a presenta richiesta di acquisizione, da parte dell'Amministrazione, delle autorizzazioni indicate nel quadro riepilogativo allegato.

Il/la sottoscritto/a è consapevole di non poter iniziare l'attività fino al rilascio dei relativi atti di assenso, che verrà comunicato dallo Sportello Unico.

**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 (art. 75 del DPR 445 del 2000).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

***Quadro riepilogativo della documentazione allegata***

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE

<b>DOCUMENTAZIONE E SEGNALAZIONE ALLEGATE</b>		
Allegato	Denominazione	Casi in cui è previsto
<input type="checkbox"/>	Procura/delega	Nel caso di procura/delega a presentare l'autorizzazione
<input type="checkbox"/>	Copia del documento di identità del/i titolare/i	Nel caso in cui la segnalazione non sia sottoscritta in forma digitale e in assenza di procura

<input type="checkbox"/>	<p>Dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>titolare;</b></li> <li>✓ <b>legale rappresentante di studio associato;</b></li> <li>✓ <b>legale rappresentante STP</b></li> <li>✓ <b>legale rappresentante di Società/Ente/Azienda/ Ente del Terzo Settore (E.T.S.)</b></li> <li>✓ <b>Società tra professionisti, studio associato, S.T.P. e ulteriori soggetti abilitati alla rappresentanza d'impresa e società di capitali la dichiarazione deve essere presentata da tutti i soggetti.</b></li> </ul> <p>+ copia del documento di identità in corso di validità (Allegato A)</p>	<p>Sempre obbligatoria</p>
<input type="checkbox"/>	<p>In caso di struttura con più di 25 posti letto o con superficie complessiva superiore a 500 mq.</p>	<p>Autorizzazione + scia per la prevenzione incendi DPR 151/2011- Allegato I, punto 67</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Dichiarazione sulla conformità della struttura alla normativa vigente in tema di sicurezza antisismica</p>	<p>Sempre obbligatoria</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Planimetria quotata dei locali in scala 1:50 o 1:100 redatta da un tecnico iscritto all'albo, e controfirmata dal titolare o dal legale rappresentante dell'attività indicando, per ogni locale, la destinazione d'uso, la superficie, l'altezza, il layout delle attrezzature principali Con relazione tecnica descrittiva (vedi nota in calce) In caso di attivazione di procedimenti di AMPLIAMENTO o TRASFORMAZIONE la planimetria deve contenere lo status pre e post operam.</p>	<p>Sempre obbligatoria</p>

<input type="checkbox"/>	Relazione tecnica descrittiva, a firma del tecnico abilitato, nella quale siano evidenziate le modalità con le quali si intendono rispettare i requisiti previsti dalle schede specifiche del manuale di autorizzazione.	Sempre obbligatoria
<input type="checkbox"/>	Scheda verifica requisiti per la specifica attività come da Manuale di autorizzazione	Sempre Obbligatoria
<input type="checkbox"/>	MODELLO D02	Sempre obbligatorio

**ALTRE SEGNALAZIONI O COMUNICAZIONI PRESENTATE IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE**

Allegato	Denominazione

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE + DOMANDA PER IL RILASCIO DI ALTRE AUTORIZZAZIONI**

**RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI ALTRE AUTORIZZAZIONI PRESENTATA CONTESTUALMENTE ALLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE**

Allegato	Denominazione
<input checked="" type="checkbox"/>	Domanda di autorizzazione diverse dalla L.R.32/2007

**ALTRI ALLEGATI (attestazioni relative al versamento di oneri, diritti, ecc, e dell'imposta di bollo)**

Allegato	Denominazione
<input type="checkbox"/>	Attestazione del versamento dei diritti, pari ad € 100,00 a favore della AUSL (parere AUSL) - PAGO PA
<input type="checkbox"/>	Attestazione del versamento di oneri, di diritti, ecc. a favore del SUAP competente al rilascio dell'Autorizzazione
<input type="checkbox"/>	Attestazione del versamento dell'imposta di bollo: estremi del codice identificativo della marca da bollo, che deve essere annullata e conservata dall'interessato;  <i>ovvero</i> - Assolvimento dell'imposta di bollo con le altre modalità previste, anche in modalità virtuale o tramite il portale @e. bollo



**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ( Art. 13 del Reg. UE n .2016/679 del 27 aprile 2016)**

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

**Titolare del Trattamento:** Comune di \_\_\_\_\_  
(nella figura dell'organo individuato quale titolare)

Indirizzo \_\_\_\_\_

Indirizzo mail/PEC \_\_\_\_\_

**Finalità del trattamento.** Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Pertanto i dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

**Modalità del trattamento.** I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici.

**Destinatari dei dati.** I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).

Responsabile del trattamento \_\_\_\_\_

**Diritti.** L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha inoltre il diritto alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al Comune di \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo mail \_\_\_\_\_

**Periodo di conservazione dei dati.** I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

Titolare del trattamento: Suap di \_\_\_\_\_

nella Persona del \_\_\_\_\_

Indirizzo mail/pec \_\_\_\_\_

Responsabile della protezione dati:

nella Persona del \_\_\_\_\_

Indirizzo mail/pec \_\_\_\_\_

Responsabile del trattamento dei dati

nella Persona del \_\_\_\_\_

Indirizzo mail/pec \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Nel caso di piattaforme telematiche l'informativa sul trattamento dei dati personali può essere resadisponibile tramite apposito link (da indicare) o pop up o altra soluzione telematica.

Le finalità del trattamento possono essere ulteriormente specificate in relazione ai settori di intervento.

Indicazione eventuale.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_