



COMUNE DI POLIGNANO A MARE

70044 CITTA' METROPOLITANA di BARI
UFFICIO TECNICO * AREA V - LAVORI PUBBLICI - ATTIVITA' PRODUTTIVE

S.U.A.P.

* * *

COMUNICAZIONE VARIAZIONE DEL RESPONSABILE SANITARIO

(ai sensi dell'art. 11 della Legge Regionale 2 maggio 2017, n. 9)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in via/p.zza _____
num. civ. _____, in qualità di _____ della Ditta/Soc.
_____ con sede in _____ alla via/p.zza _____
e di titolare di regolare Autorizzazione Sanitaria n. _____ del
_____ rilasciata da _____ per
l'attività di _____ da svolgere nei locali siti in questo
Comune alla via/piazza _____ num. civ. _____, consapevole di
quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può
andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o formazione di atti falsi non veritieri, ai sensi e
per gli effetti dell'art. 46 del predetto D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità,

COMUNICA

la variazione del Responsabile Sanitario della struttura denominata _____
sita in Polignano a Mare in via/p.zza _____ civ. n. _____,
abilitata all'esercizio dell'attività sanitaria di _____, giusta Autorizzazione
Sanitaria n. _____ del _____ rilasciata da _____
con sostituzione dell'attuale responsabile, Dr. _____, con il nuovo
Responsabile Sanitario, Dr. _____.

Data _____

Firma del dichiarante