

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Al Segretario Regionale Sanità e Sociale
Palazzo Molin – San Polo 2513
30125 VENEZIA

Oggetto: Autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria (L.R. 22/2002)

Il sottoscritto nato a
il residente a Cap.
Via N°.....
Tel.....C.F./P.I.

in qualità di

Presidente provinciale AVIS

Per la PROVINCIA di

- BELLUNO
- PADOVA
- ROVIGO
- TREVISO
- VENEZIA
- VERONA
- VICENZA

Via della sede provinciale.....

N.CapTel. fax.

e-mail.

CHIEDE

l'autorizzazione all'esercizio dell'attività per le seguenti strutture sanitarie denominate **UNITA' DI RACCOLTA AVIS** (tipologia secondo classificazione riportata in Allegato n.1 della DGR 2501/04) :
per la PROVINCIA di.....
con sede amministrativa:

Località	CAP	VIA	N.	TEL.	E MAIL

PER LE SEGUENTI UNITA' DI RACCOLTA

UNITA' DI RACCOLTA	CAP	VIA	N.	TEL.	E-MAIL

Allega la seguente documentazione:

- Relazione sintetica (UNA PER SEDE PROVINCIALE): missione, popolazione/bacino d'utenza, tipologia e volumi delle prestazioni, organigramma, dotazione organica, ecc.
- Planimetria dei locali, in scala adeguata, con l'indicazione funzionale dei locali (UNA PER OGNI UNITA' DI RACCOLTA)
- Liste di verifica compilate nella colonna riservata all'autovalutazione e contenenti l'indicazione delle evidenze a supporto della stessa nella colonna elementi/indicatori di risultato (UNA PER OGNI UNITA' DI RACCOLTA)
-
-

Privacy - Informativa ai sensi dell'art.13, D.lgs. n.196/2003

Ai sensi del D.lgs. n.196/2003 i dati forniti saranno trattati per le finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dalla L.R. 22/2002, compresa la creazione di archivi web, spedizioni per posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Data

Firma

.....