

**DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA - UOC Igiene e Sanità Pubblica**

UOS Igiene e Sanità Pubblica - \_\_\_\_\_

Sede di \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

e-mail pec: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

domicilio in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

sede di esercizio della professione o arte sanitaria in Comune di \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

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/arte sanitaria** di \_\_\_\_\_, titolo conseguito nell'anno \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

DEPOSITO IN DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DEPOSITO IN DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DEPOSITO IN DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DEPOSITO IN DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

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

nato/a a \_\_\_\_\_ 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