

COMUNICAZIONE DI CAMBIO DI RESPONSABILE oppure DI RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' SANITARIE DI STRUTTURA SOCIO-ASSISTENZIALE O SOCIO-SANITARIA DI CUI ALLA DGR N.564/2000

Al Sindaco del Comune di Cento

Il sottoscritto nato a

il, residente a

....., Telefono.....,

Fax....., e-mail

CF/P.IVA, in qualità di legale rappresentante di

(indicare il nome e la natura giuridica)

con sede in

(indicare l'indirizzo ed il recapito telefonico della sede legale)

quale soggetto gestore autorizzato con provvedimento PG n. rilasciato da codesto Comune in data

..... al funzionamento della seguente struttura

(indicare la denominazione, l'indirizzo e la tipologia)

COMUNICA

che dalla data del è stato sostituito:

il responsabile della struttura sopra citata

il responsabile delle attività sanitarie (*)

(se sono previste, indicare il nominativo ed i titoli posseduti richiesti dalla legge)

da a

nato a il

(*) in possesso del seguente titolo di studio

data

firma