

Al **COMUNE DI PALERMO**
Area dell'Igiene e Salute, Politiche Abitative e Giovanili
Via Montalbo n. 249
90142 - PALERMO

Deposito Autorizzazione Sanitaria

Il/La Sottoscritto/a Dott./D.ssa _____ nella qualità di Titolare/Legale
Rappresentante/Socio:

☐ Studio medico singolo/STP _____
(indicare specializzazione)

☐ Ambulatorio medico singolo/STP _____
(indicare specializzazione)

☐ Studio Odontoiatrico

☐ Ambulatorio Odontoiatrico

denominato _____

con sede in via/Piazza _____ n° _____ piano _____

Deposita

L'autorizzazione sanitaria n. _____ prot. n. _____ del _____

☐ Per modifiche apportate ai locali con richiesta di nuovo provvedimento

☐ Per cessata attività

Palermo, _____

Firma _____

Informativa breve ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n.679/2016

I dati personali trattati sono raccolti per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. I dati personali sono acquisiti direttamente dall'Interessato e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi del Comune nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è visionabile sul sito istituzionale www.comune.palermo.it Titolare del trattamento: Comune di Palermo. Responsabili del trattamento e autorizzati sono riportati nell'informativa completa. Questa amministrazione ha nominato Responsabile Comunale della Protezione dei Dati Personali, a cui gli interessati possono rivolgersi per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali: rpdp@comune.palermo.it

Palermo, _____

Firma _____