

SCHEMA A5a

Richiesta di sospensione – cessazione - riattivazione parziale o totale dell'attività riconosciuta nell'Elenco nazionale del Ministero della Salute, in conformità a quanto previsto dall'art. 47, punto 1 secondo comma del Reg. (CE) n. 1069/2009.

ALLA REGIONE LAZIO
Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Promozione della Salute e Prevenzione
prevenzionepromozionesalute@regione.lazio.legalmail.it

Vista la domanda della Ditta Prot. del
agli atti del Servizio scrivente, il sottoscritto Responsabile del procedimento della A.S.L.

CHIEDE

a codesta Area regionale per l'impianto sito nel Comune di Provincia
CAP..... Via/piazza n°,
PEC

riconosciuto ai sensi del Reg. (CE) n. 1069/2009 con n°per lo svolgimento
dell'attività di.....

- Di cessare**
 - Totalmente
 - Parzialmente

- Di sospendere (massimo 24 mesi)**
 - Totalmente
 - Parzialmente

- Di riattivare**
 - Totalmente
 - Parzialmente

le seguenti attività (*indicare i settori, le categorie e le attività che si intendono revocare o sospendere o riattivare*)

.....
.....

nell'Elenco nazionale del Ministero della Salute, in conformità a quanto previsto dall'art. 47 del Reg. (CE) n. 1069/2009

SI IMPEGNA a comunicare qualsiasi variazione relativa ai dati indicati nella presente richiesta.

In caso di richiesta di riattivazione dell'attività sospesa entro i 24 mesi, allegare il parere **scheda A8**.

Data.....

Firma Asl.....