

DICHIARAZIONE UTILIZZAZIONE NON ESCLUSIVA DELLO STUDIO

Il/la sottoscritto/a nato/a
a il e residente in.....,
iscritto/a all'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di
al n.....dell'albo dei medici o al n..... dell'albo degli odontoiatri, titolare dello
studio professionale denominato
..... ubicato in via
n., recapito telefonico

DICHIARA

- che il suddetto studio (locale ed attrezzatura) è utilizzato anche dai seguenti altri professionisti:

dott.....

dott.....

dott.....

- che l'utilizzazione dello studio non determina situazioni di contemporaneità di attività da parte del sottoscritto e degli altri professionisti operanti autonomamente nello stesso studio, pena il venir meno di uno dei requisiti strutturali fondamentali per lo svolgimento dell'attività.

,

Firma