

**SCHEDA A1a**

**Richiesta assegnazione numero di riconoscimento condizionato/definitivo 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](mailto: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 di inserire nell'Elenco nazionale del Ministero della Salute, in conformità a quanto previsto dall'art. 47 del Reg. (CE) n. 1069/2009 assegnando il relativo numero di riconoscimento condizionato definitivo, la seguente Ditta:

Ditta..... con sede legale nel Comune di ..... Provincia ... CAP .....  
Via/piazza..... n° .....  
C.F./Partita IVA .....tel. ....  
fax ..... PEC .....

Con impianto/attività (sede operativa) sito nel Comune di ..... Provincia .....  
CAP..... Via/piazza ..... n° .....

destinato allo svolgimento delle attività indicate nella **scheda B** allegata assieme al parere **scheda A8**.

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

Data..... Firma Asl.....