

**MODELLO 2
DOMANDA AUTORIZZAZIONE**

**studio professionale associato
e società tra professionisti**

Apporre
marca da
bollo

Al Comune di _____

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE per STUDIO ASSOCIATO E STP
(Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R ss.mm.ii)

1) Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo Pec _____

2) ripetere per ogni singolo componente lo studio professionale associato o società tra professionisti.

Oppure

Il sottoscritto legale rappresentante pro tempore _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo Pec _____

in relazione allo studio professionale associato

- odontoiatrico
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia

- medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia
- prestazioni di diagnostica strumentale invasiva finalizzate alla refertazione per terzi
- prestazioni erogate da altre professioni sanitarie finalizzate all'accreditamento
- prestazioni erogate da società tra professionisti finalizzate all'accreditamento

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____

CHIEDONO/CHIEDE

ai sensi della L.R. 5 agosto 2001 n. 51 il rilascio dell'autorizzazione come di seguito specificato:

APERTURA

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione, attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine di tutti i professionisti operanti nello studio;
2. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000, comprovante la disponibilità dei locali;
3. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
4. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione dello studio;
5. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
6. inventario delle attrezzature sanitarie;
7. elenco del personale;
8. liste di autovalutazione;

AMPLIAMENTO ATTIVITA' RIDUZIONE ATTIVITA' TRASFORMAZIONE ATTIVITA'

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche/ impiantistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività
organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione dell'attività

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste che espliciti le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione.;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

AMPLIAMENTO LOCALI RIDUZIONE LOCALI TRASFORMAZIONI INTERNE ¹

1

¹ Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.51/2009 art.20, comma c)

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche/ impiantistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali
organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione/trasformazioni interne dei locali.

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

TRASFERIMENTO SEDE

Indirizzo nuova sede _____
(indirizzo completo)

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche/ impiantistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie
organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione della nuova sede;
2. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
3. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000, comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

DICHARANO/DICHIARA

che le attività oggetto della domanda di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto viene presentata contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95

che le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e di essere già in possesso dell'autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95 n. _____ del _____.

che le attività oggetto della domanda di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive

□ in caso di Attività EuNT - “Studi non dotati di Servizio Trasfusionale che utilizzano emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale”, di procedere alla stipula di specifica convenzione con l’azienda sanitaria in cui opera il servizio trasfusionale di riferimento (D.M. 2/11/2015 - DGR 1421/2016)

Il/i sottoscritti/o dichiarano/dichiara inoltre ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informati/ o che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data

firma²

.....
.....
.....

2 Firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato oppure firma del legale rappresentante.

Ai sensi dell’art. 38, comma 3, del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore