

**MODELLO 4
SCIA
AVVIO/TRASFERIMENTO
studio professionale**

Al Comune di

.....

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO
(Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a _____

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

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo PEC _____

in relazione allo studio professionale

MEDICO (specificare la disciplina _____)

ODONTOIATRICO

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____ int. _____

i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso

ESCLUSIVO

NON ESCLUSIVO

SEGNALA

L'AVVIO ATTIVITA'

lo studio avvia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività indicate nel Catalogo Regionale e contrassegnate dalla lettera "M"

lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

IL TRASFERIMENTO SEDE

indirizzo nuova sede _____

a tal fine ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di

atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, così come disposto dagli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- che lo studio professionale possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato C del regolamento D.P.G.R. 79/R del 17 Novembre 2016 e sue successive modifiche e integrazioni
- 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)

DICHIARA ALTRESI'

1

estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio			
NOME E COGNOME	ORDINE PROVINCIA DI	N. ALBO DEI MEDICI E CHIRURGHI	N. ALBO DEGLI ODONTOIATRI

2

titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante			
NOME E COGNOME	TITOLO CONSEGUITO	PRESSO	DATA

3 l'avvenuta effettuazione delle prove di accettazione e collaudo degli apparecchi elettromedicali e dichiarazione CE di conformità ai sensi della Direttiva Dispositivi Medici;

4 il possesso della dichiarazione di conformità degli impianti ex L. 46/90 oppure D.M. 37/2008 completa degli allegati obbligatori;

5

estremi del certificato di agibilità con destinazione d'uso oppure estremi dell'attestazione pervenuta in comune ai sensi dell'art. 86 della L.R. 1/2005			
certificato di agibilità		attestazione pervenuta in comune ai sensi dell'art. 86 della L.R. 1/2005	
NUMERO	DATA	NUMERO	DATA

6

nel caso di studio odontoiatrico, se presente apparecchio radiogeno (RX endorale) estremi della comunicazione preventiva di pratica con relativa relazione di radioprotezione preventiva da parte dell'esperto qualificato oppure nome del soggetto che ha effettuato la comunicazione nel caso sia diverso dal titolare dello studio	
ESTREMI COMUNICAZIONE	NOME E COGNOME

7

nel caso di studio odontoiatrico, se presente apparecchio radiogeno (RX endorale) gli estremi della denuncia di detenzione di apparecchiatura radiogena all'Archivio radiologico toscano se già presentata oppure nome del soggetto che ha effettuato la comunicazione nel caso sia diverso dal titolare dello studio	
ESTREMI COMUNICAZIONE	NOME E COGNOME

8 nel caso di presenza di personale dipendente o assimilabile, il rispetto della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008) in relazione a:

- valutazione dei rischi
- designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei rischi
- nomina del medico competente se prevista

- designazione dei lavoratori incaricati all'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza
- adempimento degli obblighi di informazione, formazione e addestramento di cui agli artt. 36 e 37.

ALLEGA

- 1) planimetria, in scala 1:100 sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei locali completa di rapporti aeroilluminanti ed altezza, conforme alla normativa vigente;
- 2) inventario delle attrezzature sanitarie, con indicazione di marca, modello e matricola, anno di produzione ad eccezione dei beni mobili di valore non superiore al tetto vigente (ad oggi € 516,00);
- 3) relazione, asseverata da un medico igienista o da un tecnico con esperienza almeno triennale nell'ambito dei processi di sterilizzazione o dal tecnico installatore dell'apparecchiatura di sterilizzazione, descrittiva delle modalità di sterilizzazione e degli indicatori di processo e di efficacia di cui lo studio è dotato
- 4) lista di autovalutazione

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informato 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

.....
firma¹

¹ Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 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