

**MODELLO 7
SCIA
AMPLIAMENTO/RIDUZIONE ATTIVITA'
AMPLIAMENTO/RIDUZIONE/
TRASFORMAZIONE LOCALI**

studio professionale medico/ odontoiatrico singolo o associato/ società tra professionisti e di altre professioni sanitarie

Al Comune di

.....

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'
(Regolamento 17 novembre 2016 n. 79/R e ss.mm.ii.)

1)

Il/la sottoscritto/a _____

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

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo pec _____

2)

Il/la sottoscritto/a _____

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

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo pec _____

3) ripetere n° volte 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 o società tra professionisti

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

SEGNALANO/SEGNALA

L'AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA'

- lo studio amplia 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
- lo studio amplia prestazioni erogate da altre professioni sanitarie non finalizzate all'accreditamento
- lo studio avvia prestazioni erogate da società tra professionisti non finalizzate all'accreditamento

LA RIDUZIONE ATTIVITA'

- lo studio cessa le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività indicate nel Catalogo Regionale e contrassegnate dalla lettera "M"
- lo studio cessa le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi
- lo studio cessa prestazioni erogate da altre professioni sanitarie non finalizzate all'accreditamento
- lo studio cessa prestazioni erogate da società tra professionisti non finalizzate all'accreditamento

AMPLIAMENTO LOCALI **RIDUZIONE LOCALI** **TRASFORMAZIONE LOCALI** ¹

ALLEGANO/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 e idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali.

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

firma².....

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

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

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