

ALLA REGIONE LAZIO – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
Area GR/11/50 Prevenzione e promozione della Salute

per il tramite dell'Asl viterbo  
Dipartimento di Prevenzione – U.O.C. S.I.S.P.  
Via E. Fermi n. 15  
01100 – Viterbo  
[prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it](mailto:prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it)

Oggetto: Comunicazione apertura Studio / Ambulatorio Medicina dello Sport di cui alla Legge Regionale n.24 del 9/7/1997.

..l .. sottoscritt.. dott. ....  
nat .. a .....il .....  
residente a ..... via ..... n. ... CAP  
.....codice fiscale ..... partita IVA .....  
recapito telefonico fisso ..... cellulare n° .....  
e-mail ..... PEC .....

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci e/o false attestazioni il DPR 445/00 prevede sanzioni penali nonché la decadenza dei benefici, sotto la propria personale responsabilità dichiara di essere:

- laureato in Medicina e Chirurgia, abilitato all'esercizio della professione di Medico Chirurgo, iscritto all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di ..... con numero ....., in possesso del titolo di Specialista in Medicina dello Sport (o titolo equivalente) conseguito il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso .....

e pertanto comunica ai sensi della L.R. n.24/1997 l'apertura dello studio di medicina dello sport presso il poliambulatorio ..... sito in .....via..... n° ..... CAP ..... (in caso di ambulatorio indicare gli estremi dell'atto di autorizzazione, la titolarità, il nominativo del direttore sanitario e allegare copia dell'autorizzazione ..... )

Dichiara altresì di avere la disponibilità all'uso della struttura/ immobile in qualità di proprietario/affittuario/ comodatario /socio/ altro per la quale allega la seguente documentazione ....., di essere in possesso di codice regionale di medicina dello sport n. .... e comunica gli indirizzi, i recapiti telefonici e le rispettive tipologie dei presidi presso i quali eventualmente già opera: (ovvero Ambulatorio autorizzato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al sig./ società ....., direttore sanitario dott. .... ) sito in via ..... n° ..... cap .....

L'attività viene svolta col seguente orario:

giorni .....  
orario .....

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- di possedere le dotazioni strumentali previste dall'Allegato A / B della L.R. n.24/1997;
- di operare/non operare in forma di associazione professionale o società;
- di aver soddisfatto le vigenti norme riguardanti gli studi medici;
- di aver/non aver presentato altre domande per l'esercizio dell'attività presso altri studi/ambulatori ubicati nell'ambito territoriale di altre Aziende UU.SS.LL.;
- di essere/non essere iscritto nell'elenco dei medici di medicina generale e nel caso di esercitare presso lo studio sito in via .....n°..... cap ..... con numero ..... assistiti;
- di esercitare/non esercitare altre attività professionali in qualità di ..... e come [ ] libero professionista [ ] dipendente di ..... [ ] collaboratore professionale presso .....
- di non essere in condizioni di incompatibilità ai sensi della vigente normativa.

Allegati:

- Fotocopia completa di un documento di identità
- Certificato di specializzazione (o copia autenticata) in Medicina dello Sport. In alternativa certificato di iscrizione all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri con data di rilascio non anteriore a tre mesi

Solo per gli ambulatori:

- Copia del Decreto autorizzativo di apertura ed esercizio rilasciato ai sensi dell'art 193 T.U.LL.SS. o della L.R. n.4/2003;
- Dichiarazione del possesso delle dotazioni strumentali previste dall'allegato A a firma del medico richiedente e controfirmata dal titolare dell'Autorizzazione (o dal legale rappresentante in caso di società) e dal direttore sanitario della struttura;
- Dichiarazione del legale rappresentante circa la vigenza dell'ente o della società qualora l'istituzione sanitaria sia gestita da persone giuridiche o in forma societaria.

Luogo e data

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informativa Privacy: Ai sensi del D.leg. 196/2003 - Codice Privacy, si informa che i dati personali forniti con la presente richiesta ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dall'ASL Viterbo quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato ed, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. La persona interessata potrà richiedere di accedere ai dati che la riguardano ed eventualmente rettificarli e cancellarli (art. 7 d.lgs. 196/2003), rivolgendosi al Direttore del Servizio quale responsabile del trattamento presso la ASL Viterbo, ai recapiti reperibili sul sito [www.asl.vt.it](http://www.asl.vt.it)