

**AZIENDA SANITARIA LOCALE VITERBO**

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Via Enrico Fermi n° 15, 01100 Viterbo

prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

**Comunicazione di inizio attività Studio professionista e/o Arte ausiliaria non medica.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

In qualità di titolare dello \_\_\_\_\_

sito in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_, int. \_\_\_\_\_,

in possesso del Titolo abilitante alla Professione Sanitaria di \_\_\_\_\_ conseguito ai sensi di legge il \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ (denominazione località formativa); con Partita I.V.A. n° \_\_\_\_\_,

Consapevole che la ASL è competente ad effettuare, in vigilanza, controlli inerenti i requisiti di agibilità, igiene e sicurezza dei locali, nonché alla verifica del rispetto dei requisiti strutturali e professionali.

**COMUNICA**

l'apertura dello studio predetto, a decorrere dalla data di spedizione/consegna della presente comunicazione, per lo svolgimento dell'attività di \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Altresì, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, per sé e per gli altri professionisti operanti nello studio:

- che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159/2011;
- l'assenza di condanne penali e di provvedimenti riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della normativa vigente;
- che non sussistono situazioni di incompatibilità tra l'attività svolta nello studio ed altre attività;
- che nello studio in argomento

opera esclusivamente il sottoscritto

operano le seguenti persone:

- a) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

Tutte appartenenti allo stesso profilo sanitario, ed ognuna titolare esclusiva dell'utilizzo della stanza e con propria P.IVA.

### **ALLEGA**

- Fotocopia del documento d'identità valido del dichiarante e degli altri professionisti operanti nella immobile;
- Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_ o Titolo Equipollente (Diploma Universitario di \_\_\_\_\_);
- Planimetria dei locali in scala 1:100 a firma di tecnico abilitato, riportante: intestazione, destinazione d'uso di ogni singolo ambiente, le relative altezze, la sezione, le superfici di ogni locale ed il rapporto pavimento/superfici finestrate (ove non soddisfatto, sistema aeraulico rispondente alla norma UNI 10339);
- Copia dell'attestazione di disponibilità dei locali registrata (contratto di locazione, comodato, proprietà);
- Documentazione attestante l'agibilità dei locali, la sicurezza e la conformità dell'impiantistica elettrica e termoidraulica alle vigenti normative;
- Elenco arredi;
- Elenco attrezzature comprensivo di tipo, marca, matricola, marchio CE, verifica biennale, ove presenti;
- Elenco delle prestazioni;
- Copia del contratto di smaltimento dei rifiuti sanitari a nome del soggetto che effettua la comunicazione, ove prodotti, ovvero attestazione di non produzione degli stessi;
- Copia delle analoghe comunicazione effettuate dagli altri operatori sanitari presenti nella medesima unità immobiliare.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_