

## Comunicazione di inizio attività da parte di medici e pediatri di libera scelta

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a .....(....) il .....  
residente a ..... (....) in ..... n°....  
domiciliato/a .....(....) in..... n°....  
alla luce dell'emergenza legata alla grave carenza di MMG e PLS, nota ASL Viterbo prot. 6378 del 24.01.2023:

### COMUNICA

che in data.....inizierà la propria attività di .....nel proprio studio  
professionale sito in .....(....) via  
.....

### ALLEGA

- fotocopia del documento d'identità in corso di validità e copia di certificato d'iscrizione all'albo;
- planimetria generale in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato, dalla quale risultano: l'intestazione, la destinazione d'uso di ciascun locale, le relative altezze, la sezione, le superfici di ciascun locale e il rapporto con le superfici fenestrate (o in alternativa sistema di ricambio d'aria conforme alle norme UNI 10339);
- copia dell'attestazione di disponibilità dei locali registrata (contratto di locazione, comodato, proprietà);
- dichiarazione di eliminazione delle barriere architettoniche\*;
- dichiarazione circa l'ottemperanza alle norme di igiene e sicurezza, con allegato il certificato di conformità dell'impianto elettrico D.M. 22.01.2008 n° 37 (ex L. 46/90) e ove richiesta dalla legge, la verifica di messa a terra del D.P.R. n° 462/2001\*;
- relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività che si intendono erogare, unitamente ad autocertificazione che lo studio non risulta riconducibile nel novero delle strutture autorizzabili all'esercizio (L.R. 4/2003) ovvero che l'attività prestata è conforme a quanto previsto all'all.1 della DGR Lazio 447/2015 (Elenco delle Discipline Mediche e delle Relative Prestazioni Considerate a Minore Invasività)\*;
- elenco delle apparecchiature (ove presenti)\*;
- contratto di smaltimento rifiuti speciali a nome del soggetto che effettua la comunicazione;
- elenco degli altri soggetti eventualmente operanti all'interno dello studio medico con copia delle comunicazioni da esse effettuate (di cui all.2 della DGR Lazio 447/2015);
- orario di esercizio dell'attività e recapito telefonico\*;
- atto costitutivo dell'eventuale UCP;

(\*) a firma del medico

### SI IMPEGNA

Ad inoltrare tutti i restanti documenti mancanti una volta ottenuta la titolarità dell'incarico;

### DICHIARA

di essere consapevole che, laddove ne ricorrano i presupposti, potrà essere erogata la sanzione amministrativa e di chiusura della struttura di cui all'art. 12 commi 1 e 2 della L.R. n° 4/2003.

.....  
(luogo, data)

Il Dichiarante

.....