

Modello 2 – Comunicazione inizio attività studio professionale singolo, associato o STP - Sett. 2021

REGIONE LAZIO
DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
Comunicazione inizio attività studio professionale singolo, associato o STP
(art. 4 comma 2bis L.R. n. 4/2003; art. 1 comma 2 R.R. n. 20/2019; D.G.R. 447/2015)
L.R. 11 agosto 2021 n. 14

All'Azienda Sanitaria Locale
 prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

p.c. Al Direttore della Direzione
“Salute e Integrazione Socio Sanitaria
REGIONE LAZIO
PEC:
autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

All'Ordine Professionale
LORO SEDI

OGGETTO: Comunicazione di inizio attività dello studio professionale singolo, associato o STP
 (art. 4 comma 2bis L.R. n. 4/2003; art. 1 comma 2 R.R. n. 20/2019; D.G.R. 447/2015)¹

Il/La sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ (____), il _____

 residente in _____ (____) via/piazza _____
 _____ n. _____, domiciliato/a in _____
 (____)
 via/piazza _____, n. _____, in qualità di titolare
 dello ⁽¹⁾ _____
 sito in _____ via/piazza _____
 n. _____, piano _____, int. _____, ASL territorialmente competente: _____

COMUNICA

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

DICHIARA

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

¹ specificare la tipologia dello studio (es.: Studio singolo, studio associato, STP)

Modello 2 – Comunicazione inizio attività studio professionale singolo, associato o STP - Sett. 2021

- 1) che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. 159/2011;
- 2) l'assenza di condanne penali e di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 3) di non essere a conoscenza di procedimenti penali in corso;
- 4) l'assenza di situazioni di incompatibilità con l'attività svolta presso lo studio;
- 5) nello studio sopra indicato opera esclusivamente, ovvero, operano in qualità di associati²:
 - a) Dott./Dott. ssa _____, nato/a a _____
 il _____, residente a _____
 in via/piazza _____ n. _____
 laureato/a in _____
 specializzazione in _____
 iscritto/a all'Ordine Professionale _____
 con il numero d'ordine _____;
 ...attività sanitaria svolta: _____
 - b) Dott./Dott. ssa _____, nato/a a _____
 il _____, residente a _____
 in via/piazza _____ n. _____
 laureato/a in _____
 specializzazione in _____
 iscritto/a all'Ordine Professionale _____
 con il numero d'ordine _____;
 ...attività sanitaria svolta: _____
- 6) le prestazioni erogate nello studio predetto:
 - a) non rientrano tra quelle soggette ad autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività sanitaria e socio sanitaria (L.R. n. 4/2003);
 - b) non comportano interventi di chirurgia ambulatoriale, ovvero, procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o un rischio per la sicurezza del paziente;
 - c) rientrano in quelle considerate a minore invasività, come da elenco allegato "1" alla Deliberazione della Giunta regionale del Lazio n. _____ del _____;
- 7) le apparecchiature e le attrezzature presenti nello studio sono utilizzate dai rispettivi professionisti per l'esercizio dell'attività professionale a fianco di ciascuno indicata nell'ambito dell'attività complementare della stessa e senza refertazione per terzi (utilizzo occasionale e saltuario);
- 8) nell'immobile in premessa indicato non operano altri professionisti/operano i seguenti professionisti ⁽²⁾:
 Dott./Dott.ssa _____ - _____;
 Dott./Dott.ssa _____ - _____;
 Dott./Dott.ssa _____ - _____;
 ognuno dei quali ha trasmesso all'Azienda USL competente analoga comunicazione di inizio attività, allegata/e alla presente;
- 9) nello studio in premessa indicato operano i seguenti collaboratori ³:
 - a) _____;
 - b) _____;

² cancellare la parte che non interessa;³ specificare la qualifica;

Modello 2 – Comunicazione inizio attività studio professionale singolo, associato o STP - Sett. 2021

- c) _____, _____;
- 10) di aver ottemperato alle norme in materia di igiene e sicurezza;
- 11) di aver redatto il Documento sulla Valutazione dei Rischi, ove previsto;
- 12) che l'unità immobiliare sede dell'attività sanitaria risponde a tutti i requisiti urbanistici previsti dalle vigenti disposizioni che disciplinano la materia.

ALLEGA

- 1) la fotocopia del documento di identità valido del dichiarante e degli altri professionisti operanti nello studio;
- 2) la planimetria generale dell'immobile in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato, dalla quale risultano: l'intestazione, le destinazioni d'uso di ciascun locale, le relative altezze, la sezione, le superfici di ciascun locale e il rapporto con le superfici finestrate (o, in alternativa, l'idoneo sistema di ricambio d'aria ivi presente);
- 3) copia del titolo di possesso dell'immobile, registrato (contratto di locazione, comodato d'uso, altro diritto reale di godimento), ovvero, copia del contratto di locazione del locale in uso o copia del contratto di sub locazione del locale in uso;
- 4) copia del contratto di smaltimento dei rifiuti speciali a nome del soggetto che effettua la comunicazione ove richiesto dalla tipologia di attività svolta;
- 5) elenco delle apparecchiature utilizzate da ogni singolo professionista;
- 6) copia delle analoghe comunicazioni effettuate da altri professionisti operanti all'interno dell'unità immobiliare;

COMUNICO

altresì, il nominativo del rappresentante dell'associazione di categoria designato a presenziare al controllo che sarà effettuato dall'Azienda USL competente⁴:

_____ - _____.

_____, _____
Luogo e data

Firma

AUTORIZZA

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018⁵, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

⁴ indicare la sigla o la denominazione completa dell'associazione e il nominativo del soggetto designato

⁵ DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101: "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla

Modello 2 – Comunicazione inizio attività studio professionale singolo, associato o STP - Sett. 2021

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del Trattamento: Regione Lazio (Direzione regionale salute)

Indirizzo Via R. Raimondi Garibaldi, 7 00145 Roma

mail/PEC: autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

Finalità del trattamento. Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici, ivi compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Destinatari dei dati. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), organi di controllo e Aziende sanitarie.

Responsabile del trattamento: funzionario responsabile del procedimento e dirigente

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha inoltre il diritto alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte alla Regione Lazio.

Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo mail autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (barrare la casella).

_____, _____ / ____ / ____
(luogo) (data)

FIRMA

protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). (GU Serie Generale n.205 del 04-09-2018)