

OGGETTO: COMUNICAZIONE APERTURA STUDIO PROFESSIONALE PER L'ESERCIZIO DI PROFESSIONE SANITARIA/ARTE AUSILIARIA DELLA PROFESSIONE SANITARIA.

Io sottoscritto/a	
_____	_____
COGNOME	NOME
nato/a a _____	il _____
residente a _____	in _____
Via _____	n. _____ ☎ _____

TITOLARE DELLO STUDIO PROFESSIONALE SITO A _____

VIA _____ N. _____ (piano _____)

INIZIO ATTIVITÀ

TRASFERIMENTO DELLO STUDIO
DA VIA _____ N. _____

COMUNICA

di esercitare:

- LA PROFESSIONE SANITARIA DI _____
- L'ARTE AUSILIARIA DELLA
PROFESSIONE SANITARIA DI _____

in forma:

- AUTONOMA
- STUDIO ASSOCIATO CON _____
(nominativo professionisti associati)

DICHIARA

SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

CONSAPEVOLE CHE, IN CASO DI FALSE DICHIARAZIONI ACCERTATE DALL'AMMINISTRAZIONE PROCEDENTE (ART. 76 D.P.R. 28/12/2000 N. 445), VERRANNO APPLICATE LE SANZIONI PREVISTE DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA E LA DECADENZA DAL BENEFICIO OTTENUTO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.
INFORMATO CHE IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI AL D.Lgs. 30-06-2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" AVVERRÀ SOLO PER FINI ISTITUZIONALI E NEI LIMITI DI LEGGE.

► DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI E REQUISITI REGOLARMENTE DOCUMENTATI:

TITOLO DI STUDIO ABILITANTE ALLA PROFESSIONE _____
CONSEGUITO NELL'ANNO _____ PRESSO _____

SPECIALIZZAZIONE _____
CONSEGUITA NELL'ANNO _____ PRESSO _____

ALTRO: _____

- ▶ DI AVER REGISTRATO, PRESSO IL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA DELL'AZIENDA U.S.L. DI IMOLA, IL DIPLOMA DI ABILITAZIONE IN DATA _____
(SOLO PER ESERCENTI ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE)

- ▶ CHE LO STUDIO **NON** È SOGGETTO A REGIME DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIA:

▶▶ **NÉ QUALE STRUTTURA SANITARIA** (IN QUANTO NON UTILIZZA ATTREZZATURE E PERSONALE COMPORTANTE UNA ORGANIZZAZIONE COMPLESSA, NON È INSERITO ALL'INTERNO DI ALTRE STRUTTURE QUALI PALESTRE - ATTIVITÀ DI ESTETICA - AUTOSCUOLE E ALTRE ATTIVITÀ ANALOGHE, NON È GESTITO IN FORMA SOCIETARIA),

▶▶ **NÉ QUALE STUDIO PROFESSIONALE** (IN QUANTO NON EROGA PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE O DI CHIRURGIA AMBULATORIALE, E NON EFFETTUA PROCEDURE DIAGNOSTICHE INVASIVE E PROCEDURE TERAPEUTICHE DI PARTICOLARE COMPLESSITÀ).

- ▶ CHE I LOCALI ATTUALMENTE DI PROPRIETÀ:

DEL SIG. /DITTA _____

DEL RICHIEDENTE

SONO AGIBILI E DESTINATI ALL'USO SPECIFICO COME RILEVASI DALLA CERTIFICAZIONE DI CONFORMITÀ EDILIZIA N. _____ DEL _____

(INTESTATA AL SIG./DITTA _____)

TUTT'ORA VALIDA IN QUANTO:

DALLA DATA DEL RILASCIO NON SONO STATE APPORTATE MODIFICHE AI LOCALI ED AGLI IMPIANTI

SONO STATE APPORTATE LE SEGUENTI MODIFICHE AI LOCALI ED AGLI IMPIANTI

CHE NON COMPORTANO LA VARIAZIONE DELLA CONFORMITÀ STESSA

- ▶ CHE LE CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLA CONFORMITÀ DEGLI IMPIANTI (LEGGE N. 46/90) SONO DEPOSITATE PRESSO CODESTA AMMINISTRAZIONE E CHE COPIA DELLE STESSE È CONSERVATA PRESSO L'ATTIVITÀ A DISPOSIZIONE DEGLI ORGANI DI VIGILANZA

- ▶ CHE GLI SCARICHI AFFERENTI ALL'ATTIVITÀ SUDETTA:

SONO REGOLARMENTE ALLACCIATI ALLA PUBBLICA FOGNATURA

RISPETTANO LA CONDIZIONI CONTENUTE NEL VIGENTE "REGOLAMENTO COMUNALE DI FOGNATURA E DEPURAZIONE"

NON SONO SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE ALLO SCARICO IN PUBBLICA FOGNATURA IN QUANTO PROVENGONO ESCLUSIVAMENTE DA

SERVIZI IGIENICI CUCINE ALTRO _____
SPECIFICARE

RISULTAVANO GIÀ ESISTENTI ALLA DATA DI UTILIZZO DEI LOCALI DA PARTE DEL RICHIEDENTE E NON SONO STATE APPORTATE SUCCESSIVE MODIFICHE

GLI SCARICHI SONO AUTORIZZATI CON ATTO N. _____ RILASCIATO DA CODESTO COMUNE AL SIG. _____ IN DATA _____

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- PIANTA PLANIMETRICA QUOTATA IN SCALA MINIMA 1:100 CON L'INDICAZIONE PER OGNI LOCALE DI SUPERFICIE, ALTEZZA, DESTINAZIONI D'USO E CON LAYOUT DELLE ATTREZZATURE E DEGLI ARREDI (IN TRIPLICE COPIA) FIRMATA DA UN TECNICO O DAL PROFESSIONISTA TITOLARE DELLO STUDIO
- RELAZIONE DESCRITTIVA DELL'ATTIVITÀ
- COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE DEL DENUNCIANTE IN CORSO DI VALIDITÀ
N.B. SOLO QUALORA LA DENUNCIA **NON** VENGA SOTTOSCRITTA DINNANZI AL DIPENDENTE COMUNALE ADDETTO
- ALTRO:

Letto, confermato e sottoscritto il _____

(*) FIRMA

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente addetto , ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.30 e 38 D.P.R. 445/2000)