

FAC-SIMILE DI DOMANDA PER ISCRIZIONE ELENCO REGIONALE MEDICI DELLO SPORT

da inviare a Dipartimento di Prevenzione U.O.C. Sisp Viale Battista Bardanzellu n.8

ALLA REGIONE LAZIO – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area GR/11/50 Prevenzione e promozione della Salute
per il tramite di:

AL DIRETTORE GENERALE AZIENDA U.S.L. ROMA 2 -
Dipartimento di Prevenzione - U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica -SISP

Oggetto: L.R. 9 luglio 1997 n.24 - istanza di iscrizione nell'elenco regionale dei medici specialisti
in Medicina dello Sport ai sensi dell'art.16 comma 3 e 1 ai fini della certificazione di
idoneità all'attività sportiva.

Il sottoscritto dott.

nato a ile residente
in.....

Via.....n.....

Codice Fiscalepartita IVA n. recapito

telefonico fisso n.cellulare n.....

indirizzo PEC n.indirizzo e mail

ai sensi del D.P.R. 445 / 2000 autodichiara di: essere laureato in Medicina e Chirurgia, abilitato all'esercizio della
professione di Medico Chirurgo, iscritto all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi di, con
numero d'ordine..... essere in possesso del titolo di Specialista in Medicina dello Sport (o titolo equivalente)

conseguito il.....presso....., e pertanto chiede ai sensi dell'art.16
comma 3 della L.R. 9.7.1997 n. 24 l'iscrizione all'elenco di cui all'art.16 comma 1 della L.R. 9.7.1997 n. 24, per la struttura

studio/ambulatorio *(cancellare la voce che non interessa)* sita in

Via.....n.....

*(in caso di ambulatorio indicare gli estremi dell'atto di autorizzazione, ,la titolarità, il nominativo del direttore sanitario, e
allegare copia dell'autorizzazione)*

Dichiaro che eserciterò l'attività con il seguente orario settimanale:

giorno

orario.....

Dichiara altresì di essere / non essere (*cancellare la voce che non interessa*) in possesso di codice regionale di medicina dello sport.....e pertanto

comunica gli indirizzi, i recapiti telefonici e le rispettive tipologie dei presidi presso i quali il sottoscritto eventualmente già opera:

via

Territorio Azienda U.S.L. Roma-tipologia: studio/ambulatorio (*cancellare la voce che non interessa*)

(soltanto per gli ambulatori) e si allega copia dell'autorizzazione rilasciata a,

la cui direzione sanitaria risulta affidata al Dott. sito in

Via.....n.....

via

Territorio Azienda U.S.L. Roma-tipologia: studio/ambulatorio (*cancellare la voce che non interessa*)

(soltanto per gli ambulatori) e si allega copia dell'autorizzazione rilasciata a,

la cui direzione sanitaria risulta affidata al Dott. sito in

Via.....n.....

Territorio Azienda U.S.L. Roma-tipologia: studio/ambulatorio (*cancellare la voce che non interessa*)

(soltanto per gli ambulatori) e si allega copia dell'autorizzazione rilasciata a,

la cui direzione sanitaria risulta affidata al Dott. sito in

Via.....n.....

Territorio Azienda U.S.L. Roma-tipologia: studio/ambulatorio (*cancellare la voce che non interessa*)

(soltanto per gli ambulatori) e si allega copia dell'autorizzazione rilasciata a,

la cui direzione sanitaria risulta affidata al Dott. sito in

Vian.....

Il sottoscritto ai sensi del D.P.R. 445/2000 autodichiara (*cancellare la voce che non interessa*):

- di possedere le dotazioni strumentali previste dall'allegato (A o B) della L. R. 9.7.1997 n.24;
- di non operare/operare in forma di associazione professionale o società;
- di avere la disponibilità del locale;
- di non aver / aver presentato altre domande per l'esercizio dell'attività presso altri studi ubicati nell'ambito territoriale di altre Aziende USL come sopra riportato;
- di non essere /essere iscritto nell'elenco dei medici di medicina generale e di esercitare presso lo studio/i sito/i in Viacon numero di assistiti
- di non prestare / prestare altre attività professionali in qualità di
(dipendente di) (libero professionista)
- (collaborazione professionale presso) (eventuali altre attività professionali in regime di dipendenza o collaborazione professionale);
- di non essere in condizione di incompatibilità ai sensi della normativa vigente.

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- di possedere le dotazioni strumentali previste dall'allegato (A o B) della L. R. 9.7.1997 n. 24;
- di non operare / operare in forma di associazione professionale o società;
- di avere la disponibilità del locale;
- di aver soddisfatto le vigenti norme a quanto previsto per gli studi dei medici di medicina generale;
- di non aver / aver presentato altre domande per l'esercizio dell'attività presso altri studi ubicati nell'ambito territoriale di altre Aziende UU.SS.LL. come sopra riportato;
- di non essere / essere iscritto nell'elenco dei medici di medicina generale e di esercitare presso lo studio /i sito/i in via con numeroassistiti;
- di non prestare / prestare altre attività professionali in qualità di (dipendente di.....) (libero professionista.....) (collaborazione professionale presso.....) ecc. ;
- di non essere in condizioni di incompatibilità ai sensi della normativa vigente.

Allegati n. ...: - fotocopia completa di un documento di identità valido;

- certificato di specializzazione in Medicina dello Sport originale o copia autenticata (facoltativo) o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- certificato di iscrizione all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi con data di rilascio non antecedente a tre mesi (facoltativo) o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- copia autenticata del certificato di abilitazione all'esercizio professionale (facoltativo) o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- (solo per gli ambulatori) copia del decreto autorizzativo di apertura rilasciato dall'On. Sindaco ai sensi della L.R. n.4/2003.
- (solo per gli ambulatori) dichiarazione sul possesso delle dotazioni strumentali previste dall' *allegato A* a firma del medico richiedente e controfirmata dal titolare dell'autorizzazione o dal legale rappresentante nel caso di società titolari dell'atto autorizzativo, e dal direttore sanitario della struttura.
- (solo per gli ambulatori) 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.

Roma lì

Firma e timbro

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e trattati secondo quanto previsto dalle normative vigenti