

**COMUNICAZIONE INIZIO ATTIVITÀ STUDI PROFESSIONALI NON
SOTTOPOSTI AD AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO
D.G.R. n. 447 /2015 E CIRCOLARE REGIONE LAZIO 6/2020 SOCIETA' TRA
PROFESSIONISTI**

All'Azienda U.S.L. Roma 2
Servizio Igiene e Sanità Pubblica -SISP
Viale B. Bardanzellu, 8
00155 – Roma

OGGETTO: Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n.....del.....
Comunicazione di inizio attivita' dello.....(1)

Il/La sottoscritto/a
nato/a.....(.....) il
residente a.....(.....) in via/piazza.....n.....
domiciliato/a in(.....) via/Piazza.....n.
in qualità di titolare dello.....(1)
sito in Via/Piazza.....n.....,piano,.....int.....
P.I.:.....tel.....
e-mail..... indirizzo PEC.....

COMUNICA

Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n.....del.....,
e della Circolare Regione Lazio giugno 2020 S.T.P..

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

DICHIARA

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

1. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art10 della Legge
31 maggio 1965, n 575;
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 giudiziario ai
sensi della vigente normativa;

3. di non essere a conoscenza di provvedimenti 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 associati (2)
 - (a).....(3) Dott/ssa.....
 nato/a.....() il
 residente a.....() in via/piazza.....n.....
 laureato/a in.....
 con Specializzazione in
 iscritto/a all'Albo degli Ordini
 di.....con il numero di ordine;
 - (a).....(3) Dott/ssa.....;
 nato/a.....() il
 residente a.....() in via/piazza.....n.....
 laureato/a in.....
 con Specializzazione in
 iscritto/a all'Albo degli Ordini.....
 di.....con il numero di ordine;
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 medici/operano i seguenti professionisti medici (2)

Dott.....

Dott.....

Dott.....

Dott.....

Ognuno dei quali ha trasmesso all'Azienda USL analoga comunicazione di inizio attività, allegata/e alla presente;

9. nello studio in premessa indicato operano i seguenti collaboratori:

- a)
- b)
- c)

10. di aver ottemperato alle norme in materia di igiene e sicurezza,

11. di aver redatto il Documento di 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 un tecnico abilitato, dalla quale risultino: l'intestazione, le destinazioni d'uso di ciascun locale, le relative altezze, la sezione, le superfici di ciascun locale ed il rapporto con le superfici finestrate (o in alternativa , l'ideale 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

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

.....
.....(5)

FIRMA

1. specificare la tipologia dello studio (es. Studio singolo,studio associato);
2. cancellare la parte che non interessa;
3. specificare la branca medica tra quelle ufficialmente previste dal D.M.30.1.1998 e successive modifiche – tab.B (es. odontoiatria, ginecologia ,cardiologia,ecc);
4. specificare la qualifica (es.:infermiere,assistente alla poltrona,segreteria, ecc..)
5. indicare la sigla o la denominazione completa dell'associazione e il nominativo del soggetto designato

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