

COMUNICAZIONE INIZIO ATTIVITÀ PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE

Alla ASL ROMA 3
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Via dell'Imbrecciato, 71/b-73
00149 – Roma

COMUNICAZIONE INIZIO ATTIVITÀ

per strutture ed attività sanitarie non mediche non soggette ad autorizzazione alla realizzazione e/o all'esercizio ai sensi dell'art. 4 della Legge Regionale n. 4 del 03 marzo 2003

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

residente a _____ (_____) in _____ n° _____

domiciliato in _____ (_____) in _____ n° _____

COMUNICA

che in data _____ inizierà la propria attività lavorativa di _____

nel proprio studio professionale sito in _____ (_____) Via _____

con l'effettuazione delle seguenti prestazioni _____

Roma, lì _____

(firma leggibile del dichiarante)

Allega, in originale, la seguente comunicazione:

1. copia del titolo abilitante;
2. planimetria dei locali (in scala 1/50 o 1/100), con rappresentazione in pianta e sezione, a firma di un tecnico abilitato e del titolare, dalla quale risultino l'intestazione, le destinazioni d'uso dei singoli locali, le relative altezze, le superfici ed il rapporto con le superfici finestrate apribili. In presenza di locali ove siano installati impianti di ventilazione meccanica o di condizionamento dell'aria deve essere riportato il percorso completo (distinto per colore) delle canalizzazioni esistenti;
3. copia del titolo di disponibilità dei locali (contratto di locazione, comodato, compravendita);
4. dichiarazione circa l'ottemperanza alle norme di igiene e sicurezza. A tale dichiarazione dovrà essere allegato il certificato di conformità dell'impianto elettrico ex DM 22.01.2008 n. 37 o ex Legge n. 46/90 accompagnato dalla visura C.C.I.A.A. della ditta rilasciante (*);
5. dichiarazione di eliminazione delle barriere architettoniche (*);
6. indicazione della tipologia di prestazioni che si intendono erogare unitamente all'autocertificazione di cui all'Allegato 1(*);

7. elenco delle apparecchiature utilizzate e le relative copie di Dichiarazione di conformità CE (*);
8. orario di esercizio dell'attività(*);
9. contratto di smaltimento dei rifiuti speciali (ove richiesto dalla tipologia delle prestazioni erogate);
10. elenco degli altri professionisti eventualmente operanti all'interno dello studio con copia delle comunicazioni da essi effettuate (nel caso di assenza di altri professionisti, occorrerà produrre idonea autocertificazione al riguardo)(*);
11. autocertificazione, ai sensi del D.P.R n. 445/2000, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7, L. n. 412/91 o di altre normative specifiche;
12. atto costitutivo dell'eventuale associazione professionale;
13. attestazione di conformità all'originale dei documenti inviati in fotocopia, in allegato alla presente, mediante l'utilizzo dell'Allegato 2 (*);
14. dichiarazione sostitutiva di certificazione ed attestazione mediante l'utilizzo dell'Allegato 3 (*);
15. ricevuta di pagamento, secondo il vigente tariffario regionale, di euro 51.65 sul IBAN IT53X0100503266000000218000 intestato ad ASL ROMA 3 – Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Via dell'Imbrecciato, 71/b-73 – 00149 Roma, con causale “esame documentale”.

(*) a firma del medico o del rappresentante legale dell'associazione professionale

DICHIARA

di essere consapevole che, laddove ne ricorrano i presupposti, il Comune, ai sensi dell'art. 208 della L.R. n. 14/1999 e secondo le disposizioni della L.R. n. 30/1994, potrà irrogare le sanzioni amministrative e di chiusura della struttura di cui all'art. 12, commi 1 e 2, della L.R. n. 4/2003.

Roma, lì _____

(firma leggibile del dichiarante)

** Nel caso di eventuale sopralluogo e solo successivamente a tale atto, il professionista effettuerà il pagamento di euro 77,47, quali diritti sanitari, come previsto dal tariffario regionale (suppl. ord. n. 1 B.U.R. n. 5 del 20/02/1996) su IBAN IT53X0100503266000000218000 intestato ad ASL ROMA 3 – Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Via dell'Imbrecciato, 71/b-73 – 00149 Roma.

ALLEGATO 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Modello per strutture ed attività sanitarie non mediche non soggette ad autorizzazione alla realizzazione e/o all'esercizio ai sensi dell'art. 4 della Legge Regionale n. 4 del 03 marzo 2003

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

residente a _____ (_____) in _____ n° _____

domiciliato in _____ (_____) in _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e/o false attestazioni, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

Che lo studio professionale di cui è titolare non è riconducibile nel novero delle strutture ed attività soggette ad autorizzazione alla realizzazione e/o all' esercizio ai sensi dell' art. 4 della L.R. n. 4/2003.

Roma, lì _____

(firma leggibile del dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/200 n. 445, si allega fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa Privacy: Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 – Codice Privacy, si informa che i dati personali forniti con la presente richiesta ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dalla ASL ROMA 3 quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato ed, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. La persona interessata potrà richiedere di accedere ai dati che la riguardano ed eventualmente rettificarli e cancellarli (art. 7 D.Lgs. 196/2003) rivolgendosi al Direttore del Servizio quale responsabile del trattamento presso la ASL ROMA 3, ai recapiti reperibili sul sito www.aslromad.it.

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Modello per strutture ed attività sanitarie non mediche non soggette ad autorizzazione alla realizzazione e/o all'esercizio ai sensi dell'art. 4 della Legge Regionale n. 4 del 03 marzo 2003

Dichiarazione di conformità delle fotocopie agli originali in possesso del richiedente

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

residente a _____ (_____) in _____ n° _____

domiciliato in _____ (_____) in _____ n° _____

in qualità di titolare della struttura _____

sita in _____ (_____) via _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e/o false attestazioni, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che i sottoelencati documenti, allegati in fotocopia alla comunicazione di apertura dello studio professionale di cui è titolare, sono conformi agli originali in possesso del dichiarante:

Roma, li _____

(firma leggibile del dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/200 n. 445, si allega fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa Privacy: Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 – Codice Privacy, si informa che i dati personali forniti con la presente richiesta ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dalla ASL ROMA 3 quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato ed, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. La persona interessata potrà richiedere di accedere ai dati che la riguardano ed eventualmente rettificarli e cancellarli (art. 7 D.Lgs. 196/2003) rivolgendosi al Direttore del Servizio quale responsabile del trattamento presso la ASL ROMA 3, ai recapiti reperibili sul sito www.aslromad.it.

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ED ATTESTAZIONE

(Artt. 46 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE

Modello per strutture ed attività sanitarie non mediche non soggette ad autorizzazione alla realizzazione e/o all'esercizio ai sensi dell'art. 4 della Legge Regionale n. 4 del 03 marzo 2003

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

residente a _____ (_____) in _____ n° _____

domiciliato in _____ (_____) in _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e/o false attestazioni, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- Di aver conseguito la laurea in _____
presso l'Università di _____ in data _____;
- di aver superato l'Esame di Stato nel (indicare sessione e anno) _____
presso l'Università di _____;
- di aver conseguito specializzazione in _____
presso l'Università di _____
in data _____;
- di essere iscritto all'Albo _____
dell'Ordine dei _____ della provincia di _____
con numero _____ dal _____;
- di esercitare la professione presso _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/200 n. 445, si allega fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a che i dati personali forniti saranno trattati per i soli fini istituzionali ai sensi del D.lgs. 196/2003.

Roma, li _____

(firma leggibile del dichiarante)