

**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)**

**All'Azienda Sanitaria Locale ROMA 3**  
uoc.sisp@pec.aslroma3.it

**p.c. Al Direttore della Direzione**  
**"Salute e Integrazione Socio Sanitaria**  
**REGIONE LAZIO**  
**PEC:**  
**autorizzazione-accreditamento@pec.regione.lazio.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)<sup>1</sup>

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, domiciliato/a in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_)  
via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, in qualità di titolare  
dello <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_  
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:

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

- 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 associati<sup>2</sup>:

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 <sup>(2)</sup>:

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 <sup>3</sup>:

a) \_\_\_\_\_;  
 b) \_\_\_\_\_;

<sup>2</sup> cancellare la parte che non interessa;

<sup>3</sup> specificare la qualifica;

- 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 competente<sup>4</sup>:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

### AUTORIZZA

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018<sup>5</sup>, 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.

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

<sup>5</sup> 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

## 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@pec.regione.lazio.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@pec.regione.lazio.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