

Spett.le ATS Città Metropolitana di Milano
UOC Igiene e Sanità Pubblica

Sede di.....

Via

Comune

DICHIARAZIONE DI VARIAZIONE DATI STRUTTURE SANITARIE

(legale rappresentante, denominazione e/o ragione sociale, direttore/responsabile sanitario, subentro, rinuncia di branche, nuovi collaboratori, cessata attività)

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome

Codice Fiscale Sesso M F Data di nascita

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune

Residenza: Provincia..... Comune

Via/Piazza n° C.A.P.

Domicilio: Provincia Comune

Via/Piazza n° C.A.P.

Cittadinanza

Telefono Cellulare Fax

e-mail PEC

in qualità di titolare legale rappresentante della:

Società Ditta individuale Associazione tra professionisti Altro

Ragione Sociale/Denominazione.....

Partita I.V.A.Codice Fiscale

con sede legale nel Comune di Provincia

Via/Piazza n° C.A.P.

Telefono Cellulare Fax

e-mail PEC

ente gestore della struttura denominata:

.....

sita in..... via..... scala

Piano.....telefono

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA **A) LA VARIAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

che a far data dalil nuovo Legale Rappresentante è il Sig.

 nato ail
 residente aProv.Via
 individuato dal Consiglio di amministrazione dell'Ente.....
 con Atto Deliberativo del Consiglio di Amministrazione n.del.....
 Altro.....
 in sostituzione del Sig.

ALLEGA

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000);
2. copia dell'Atto Deliberativo del Consiglio di Amministrazione dell'Ente/Società di nomina del nuovo Legale Rappresentante.

 B) LA VARIAZIONE DELLA DENOMINAZIONE e/o RAGIONE SOCIALE DELL'ENTE GESTORE

da.....
 a
 a far data dalcome da Atto Deliberativo del Consiglio di Amministrazione
 n. del.....

ALLEGA

- 1.copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 D.P.R. 445/2000);
2. copia dell'atto notarile.

 C) LA VARIAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE SANITARIO

che a far data dal..... il nuovo Direttore/Responsabile Sanitario è il Dr.

 nato ail
 residente aProv.Via
 iscritto all'Ordine dei Medici chirurghi dial n°
 iscritto all'Ordine degli Odontoiatri dial n°

ALLEGA

1. lettera di dimissioni o di rinuncia all'incarico da parte del precedente Responsabile Sanitario;
2. dichiarazione di accettazione di incarico del Direttore Sanitario datata, firmata e timbrata e accompagnata dalla copia fronte retro della carta d'identità valida dello stesso (modulo: A182-MD018);
3. autocertificazione del possesso dei titoli di studio del nuovo Direttore Sanitario;
4. relazione sanitaria aggiornata a firma del nuovo Direttore Sanitario.

D) IL SUBENTRO NEI TITOLI AUTORIZZATIVI PRECEDENTEMENTE INTESTATI A:

Ragione Sociale/Denominazione.....

Partita I.V.A.Codice Fiscale

e-mail

PEC

relativi alla struttura sanitaria erogante esclusivamente prestazioni in regime ambulatoriale
classificata come:

attività specialistica ambulatoriale

attività odontoiatrica monospecialistica

attività odontoiatrica monospecialistica riclassificata ai sensi della DGR 5724/2001

Servizio di Medicina di Laboratorio

altro

mantenendo l'attuale denominazione

oppure

variando la denominazione da

a

a far data dal

ALLEGA

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000);
2. copia documentazione attestante il trasferimento (atti notarili di cessione, vendita, ecc.);
3. copia dell'atto notarile costitutivo (solo per associazione tra professionisti).

E) LA RINUNCIA DELLE BRANCHE SPECIALISTICHE DI

.....

.....

.....

.....

ALLEGA

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000);
2. relazione sanitaria aggiornata a firma del Direttore Sanitario

F) L'INIZIO ATTIVITA' DI NUOVI COLLABORATORI

come di seguito dettagliato:

COLLABORATORE/I MEDICO/I

Dr. **Specialista in**

Dr. **Specialista in**

Dr. **Specialista in**

COLLABORATORE/I SANITARIO/I NON MEDICO/I

Dr. **con qualifica/mansione di**

Dr. **con qualifica/mansione di**

ALLEGA:

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000);
2. elenco del personale sanitario (medico e non medico) operante nella struttura, completo delle autocertificazioni dei titoli di studio di tutti i professionisti (moduli: A182-MD014 per personale medico e A182-MD015 per personale non medico), accompagnate da copia fronte retro di documento d'identità valido del dichiarante;
3. relazione sanitaria aggiornata a firma del Direttore Sanitario.

G) LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ

a far data dal

ALLEGA

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000);
2. Atto Autorizzativo o Presa d'atto in originale.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano;
- di essere informato che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle leggi in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000)

Data

(firma del dichiarante)

.....