AL DIRETTORE DEL DISTRETTO VETERINARIO

DELL’ATS DELLA CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO

INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’

|  |
| --- |
| **Oggetto: Dichiarazione relativa a struttura sanitaria veterinaria**  (da presentare solo nei comuni che non hanno apposito modello SCIA)   * **inizio attività** * **modifica strutturale (layout)** * **subentro** |
|  |
| Il sottoscritto Sig./Dr |
| nato a prov. |\_|\_| |
| il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| |
| in qualità di legale rappresentante della seguente ragione sociale |
|  |
| codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  partita I.V.A. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |
| Con sede legale e/o amministrativa sita in |
| Indirizzo |
| C.A.P. – Località prov. |\_|\_| |
| Telefono |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Fax |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |
| e-mail/PEC |
| ai sensi dell’art. 193 R.D. 27.7.1934, n. 1265 e successivi; |
| vista la L.R. 19.02.2014 n° 11  vista la L.R. 30.12.2009, n. 33 come modificata da LL.RR. 11.08.2015 n. 23 e 29.06.2016 n. 15; |
| **DICHIARA** |
| 🞎 l’attivazione della seguente struttura sanitaria veterinaria. (barrare le voci che interessano) |
| |  |  | | --- | --- | | studio veterinario | clinica veterinaria o casa di cura veterinaria | | studio veterinario associato | ospedale veterinario | | ambulatorio veterinario | laboratorio di analisi veterinarie | |
| 🞎 la modifica strutturale (layout) della struttura sanitaria veterinaria, già in esercizio.  🞎 il subentro nella struttura sanitaria veterinaria, già in esercizio.  sita in |
| Indirizzo |
| C.A.P. – Località prov. |\_|\_| |
| Telefono |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Fax |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |
| e-mail/PEC |
| Direttore sanitario (medico veterinario) Dott. ………………………………………………………………………………... |
| Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,  **DICHIARA**  che la Struttura Sanitaria Veterinaria:  🞎 rispetta le norme in materia urbanistica ed edilizia;  in caso di presenza di locali interrati: i locali interrati NON sono adibiti ad attività  lavorativa;  non ci sono dipendenti/lavoratori subordinati  (solo per ditte individuali);  🞎 è conforme al D.D.U.O. 13 aprile 2005, n. 5403 della Regione Lombardia e successive modificazioni;  🞎 che le modalità di smaltimento di materiali biologici e carcasse di animali morti sono le seguenti  …………………………………………………………………………………………………………………..  🞎 di essere iscritto al Registro delle Imprese della Competente Camera di Commercio con numero………………. in data ……………………… (per le imprese diverse da ditta individuale);  🞎 che il Direttore Sanitario (se diverso dal richiedente) sarà il/la dott./dott.ssa  …………………………………………………………………………………………………………………..  **ALLEGA** la seguente documentazione (barrare le voci che interessano) |
| * fotocopia della carta di identità del richiedente. |
| * planimetria in scala 1:100 redatta da tecnico abilitato e sottoscritta dal richiedente. |
| * Impegno al successivo pagamento mediante sistema pagoPA; le modalità di creazione dell’avviso di pagamento IUV sono sul sito web ATS “servizi online” selezionare “Portale pagamenti”, “inserisci una posizione debitoria”, “Dip. Veterinario-Prestazioni Veterinarie, SCIA, Certificazioni”. Indicare nella causale la codifica D.02 della prestazione. L’importo previsto sarà comunicato dal responsabile del procedimento ed è basato su una tariffa oraria di 80 €. * documentazione attestante il subentro nella struttura sanitaria veterinaria, già in esercizio. |
| **Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679 e D.Lgs. n.196/03 novellato dal D.Lgs. n.101/18, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS.**  località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì, |\_|\_|/|\_|\_|/2|0|2|\_|  IN FEDE  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Il richiedente è identificato con  C.I. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| [se diverso dal richiedente]  la domanda è presentata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificato con  C.I. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |

**Da compilare nel caso di Direttore Sanitario diverso dal richiedente**

Io sottoscritto medico veterinario dott. .…………………………………………………………………..

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

**dichiaro**

* di essere iscritto all’ordine professionale della provincia di ………………………..…………… al n. ………………
* di accettare l’incarico di responsabile sanitario della Struttura Sanitaria Veterinaria sopra riportata.

………………………………..…………

firma e timbro del veterinario

data …………………….

Chi sottoscrive la dichiarazione mendace o esibisce l’atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità è passibile di sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.