A182-MD013 Rev04 del 26/01/2023

|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le ATS Città Metropolitana di MilanoSC Igiene e Sanità Pubblica Sede di ....................................................................Via ...........................................................................Comune .................................................................. |

**COMUNICAZIONE DI APERTURA DI STUDIO PROFESSIONALE SANITARIO (SINGOLO/ASSOCIATO) O DI CESSAZIONE DELL’ATTIVITÀ DI STUDIO PROFESSIONALE**

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 .............................................................................................................

e-mail .................................................................................. PEC ..........................................................................................

in possesso di Laurea …………………………………………………….....................................................................................................

in possesso di specifica formazione professionale validata dall’ordine di appartenenza (psicoterapeuta)

iscritto all’Albo Professionale dei ........................................................ al numero ................................ dal ..........................

specializzato in……………………………………. presso l’Università di…………………………………………………….. il ................................

in qualità di Titolare

oppure (in caso di Studio Associato)

in qualità di Legale Rappresentante dell’associazione di professionisti denominata .....................................................

..............................................................................................................................................................................................

con sede legale in ....................................... Prov. ............... Via ..........................................................................................

Telefono ........................................................................ Cellulare ............................................... ~~Fax~~...................................

e-mail .................................................................................. PEC ..........................................................................................

🞎 **A) COMUNICA**

(ai sensi della DGR. n. VII/5724 del 27 luglio 2001)

l’apertura di uno Studio Professionale Sanitario di (precisare la specializzazione) .............................................................

a far data dal ................................................... sito nel Comune di .....................................................................................

Via/Piazza .......................................................................................... n° ................... Piano .................. C.A.P. ..................

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 (barrare le sole voci pertinenti)**

* che l’attività è esercitata direttamente ed esclusivamente dal/i titolare/i;
* che presso lo studio 🞎 non operano 🞎 operano altri professionisti sanitari;
* che presso lo Studio verranno eseguite le seguenti attività sanitarie/mediche: ...............................................

.............................................................................................................................................................................

* che non utilizzerà attrezzature/apparecchiature elettromedicali a supporto della Professione esercitata
* che saranno utilizzate a supporto dell’attività le seguenti attrezzature/apparecchiature elettromedicali ……..

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

* che i locali possiedono i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente (Rapporti aero-illuminanti naturali, superfici e altezze dei locali, ecc.);
* che gli impianti installati presso i locali sono conformi alla normativa vigente e corredati delle relative dichiarazioni di conformità;
* che i locali operativi utilizzati dispongono delle attrezzature, degli impianti e dei presidi sanitari in relazione alla specificità dell’attività svolta;
* che le eventuali apparecchiature biomediche utilizzate a supporto dell’attività sono sottoposte alla prevista manutenzione ordinaria e straordinaria;
* che le prestazioni sanitarie erogate non determinano procedure diagnostico terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente (DGR. n. VII/5724 del 27 luglio 2001);
* che le prestazioni erogate non sono di chirurgia ambulatoriale;
* che la documentazione probante i requisiti autocertificati è disponibile presso lo Studio;
* che (se pertinente) opera come dipendente pubblico presso la struttura sanitaria /sociosanitaria ……………..

.............................................................................................................................................................................

Via/Piazza ................................................................................................ n ................. C.A.P. ..........................

regolarmente informata dell’apertura dello studio in data ............................................

* che è stata presa visione dell’informativa studi professionali SANITARI pubblicata sul sito ATS.

**ALLEGA**

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000)
2. autocertificazione/i dei titoli del professionista (con modulo A182-MD014 per i medici e A182-MD015 per i professionisti sanitari non medici) operante presso lo studio completa della copia di un documento di identità in corso di validità; nel caso di studio professionale associato i moduli A182-MD014 e A182-MD015 dovranno essere predisposti da tutti gli associati;
3. copia dell’atto costitutivo dell’associazione tra professionisti (se pertinente)

**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.

|  |  |
| --- | --- |
| Data…………………….………. | . (firma del dichiarante)…………………………………….. |

🞎**B) LA CESSAZIONE DELL’ATTIVITÀ DI STUDIO PROFESSIONALE**

a far data dal ................................................... dello studio professionale sito nel Comune di ................................................................................ Via/Piazza .......................................................................................... n° .................. Piano .................. C.A.P. ………………..............

**ALLEGA**

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000);
2. copia comunicazione “APERTURA DI STUDIO PROFESSIONALE SANITARIO”

**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.

|  |  |
| --- | --- |
| Data………………..…………. | . (firma del dichiarante)…………………………………….. |