Spett.le ATS Città Metropolitana di Milano

SC 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

(compilare solo la parte di interesse)

**A) LA VARIAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

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

.............................................................................................................................................................................. nato a .......................................................... il .................................................................................................... residente a .................................................. Prov. ......... 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 dal ......................................... come da Atto Deliberativo del Consiglio di

Amministrazione/Atto notarile 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 Deliberativo del Consiglio di Amministrazione/Atto notarile

# C) LA VARIAZIONE DELLA SEDE LEGALE DELL’ENTE GESTORE

da Via/Piazza ...................................................................................................... n° .................. C.A.P. ............ Comune................................................................................................................ Prov. ..................................... a Via/Piazza ........................................................................................................ n° .................. C.A.P. ............ Comune................................................................................................................ Prov. .....................................

a far data dal .................... come da Atto Deliberativo del Consiglio di Amministrazione/Atto notarile 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 Deliberativo del Consiglio di Amministrazione/Atto notarile

**D) LA VARIAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE SANITARIO DELLA STRUTTURA**

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

.............................................................................................................................................................................. nato a .......................................................... il .................................................................................................... residente a .................................................. Prov. ......... Via ........................................................................... iscritto all’Ordine dei Medici chirurghi di ......................................................... al n° ................................. iscritto all’Ordine degli Odontoiatri di ............................................................... al n° .................................

## ALLEGA

1. lettera di dimissioni o di rinuncia all’incarico da parte del precedente Responsabile Sanitario, accompagnata dalla copia fronte retro della carta d’identità valida dello stesso.
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.

**E) 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); 3. copia documentazione attestante il trasferimento (atti notarili di cessione, vendita, ecc.);

4. copia dell’atto notarile costitutivo (solo per associazione tra professionisti).

**F) 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

**G) 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.

# H) LA CESSAZIONE DELL’ATTIVITÀ (STRUTTURE AMBULATORIALI, POLIAMBULATORIALI ATTIVITA’ ODONTOIATRICHE MONOSPECIALISTICHE)

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.

# I) LA CESSAZIONE DELL’ATTIVITÀ DI STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA DELLO SPORT

a far data dal ………………………

Si comunica che non sono stati utilizzati i seguenti certificati:

di idoneità dal n. ……………..………….….. al n. …………..…………………..;

di non idoneità dal n. ………………………. al n. ……………………………….. con la possibilità di:

□ restituirli;

□ utilizzarli presso il mio studio sito in ………………..……………… via ……………………………….n. ……..; **ALLEGA**

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000);

## 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 della Città Metropolitana di 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)

…………………………………….