

REGIONE LAZIO
DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI
Comunicazione inizio attività studio medico o odontoiatrico singolo o associato
(L.R. n. 4/2003; Regolamento regionale N. 2/2007 e s.m.i. D.G.R. 447/2015)

All’Azienda Sanitaria Locale
di.....

p.c.
Al Direttore della Direzione
“Salute e Politiche Sociali”
REGIONE LAZIO

PEC:autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

all’Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di.....
LORO SEDI

OGGETTO: Deliberazione della Giunta regionale del Lazio n. 447/2015.
Comunicazione di inizio attività dello _____(1).

Il sottoscritto _____
nato a _____ (____), il _____
residente in _____ (____) via/piazza _____
_____ n. _____, domiciliato in _____ (____)
via/piazza _____, n. _____, in qualità di titolare
dello _____ (1)
sito in _____ via/piazza _____
n. _____, piano _____, int. _____,

COMUNICA

ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale del Lazio n. 447/2015 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 se e per gli altri medici professionisti operanti nello studio:

- 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 (2):
 - a) _____ (3) – Dott./ssa _____

_____, nata a _____
 il _____, residente a _____
 in via/piazza _____ n. _____
 laureato/a in _____
 con specializzazione in _____
 iscritto/a all'Albo degli Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____
 con il numero d'ordine _____;

a) _____ (3) – Dott./ssa _____
 _____, nata a _____
 il _____, residente a _____
 in via/piazza _____ n. _____
 laureato/a in _____
 con specializzazione in _____
 iscritto/a all'Albo degli Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____
 con il numero d'ordine _____;

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 medici/operano i seguenti professionisti medici (2):

Dott. _____ - _____ (3);
 Dott. _____ - _____;
 Dott. _____ - _____;
 Dott. _____ - _____;
 Dott. _____ - _____;

ognuno dei quali ha trasmesso all'Azienda USL competente analogo comunicazione di inizio attività, allegata/e alla presente;

9) nello studio in premessa indicato operano i seguenti collaboratori:

- a) _____, _____ (4);
- b) _____, _____;
- 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:

_____ - _____ (5).

_____ , _____

Firma

- (1) specificare la tipologia dello studio (es.: Studio singolo, studio associato)
- (2) cancellare la parte che non interessa;
- (3) specificare la branca medica tra quelle ufficialmente previste dal D.M. 30.1.1998 e successive modifiche – tab. B (es.: odontoiatria, ginecologia, cardiologia, ecc.);
- (4) specificare la qualifica (es.: infermiere, assistente alla poltrona, segretaria, ecc.);
- (5) indicare la sigla o la denominazione completa dell'associazione e il nominativo del soggetto designato.