

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

Sede di

Via

Comune

dipartimentoprevenzione@pec.ats-milano.it

DICHIARAZIONE DI VARIAZIONE DATI STRUTTURE SANITARIE

(legale rappresentante, denominazione e/o ragione sociale, sede legale, denominazione struttura, direttore/responsabile sanitario, subentro, rinuncia di branche, nuovi collaboratori, cessata attività, modifica assetto locali, cessazione MDS)

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

indirizzo sito web

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/le parte/i 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 o visura camerale aggiornata;
3. dichiarazione di accettazione di incarico del Direttore Sanitario (anche in caso di conferma del precedente Direttore Sanitario), datata, firmata e timbrata e accompagnata dalla copia fronte retro della carta d'identità valida dello stesso (modulo: **A182-MD018**);

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

da

a

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

L'Ente gestisce anche strutture accreditate? Si ☐ - NO ☐**ALLEGA**

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 D.P.R. 445/2000);
2. copia dell'atto notarile;
3. dichiarazione di accettazione di incarico del Direttore Sanitario (anche in caso di conferma del precedente Direttore Sanitario), datata, firmata e timbrata e accompagnata dalla copia fronte retro della carta d'identità valida dello stesso (modulo: **A182-MD018**);

☐ **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

L'Ente gestisce anche strutture accreditate? Si ☐ - NO ☐**ALLEGA**

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

☐ D) LA VARIAZIONE DELLA DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA

da

a

a far data da

ALLEGA

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

☐ E) 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°**Si precisa che la responsabilità della struttura partirà a far data dal documento di accettazione.****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. allegati F, G, H aggiornati, datati e firmati dal nuovo Direttore/Responsabile Sanitario;
5. Relazione sanitaria aggiornata

☐ F) 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

☐ mantenendo invariato l'assetto organizzativo della struttura

a far data dal

L'Ente gestisce anche strutture accreditate? Si ☐ - NO ☐

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);
4. dichiarazione di accettazione di incarico del Direttore Sanitario (anche in caso di conferma del precedente Direttore Sanitario), datata, firmata e timbrata e accompagnata dalla copia fronte retro della carta d'identità valida dello stesso (modulo: **A182-MD018**);
5. allegati F, G, H aggiornati, datati e firmati dal Direttore Sanitario;

☐ **G) 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. allegati F, G, H aggiornati, datati e firmati dal Direttore Sanitario;

☐ **H) 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. 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. allegati F, G, H aggiornati, datati e firmati dal Direttore Sanitario;

☐ **I) LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ (STRUTTURE AMBULATORIALI, POLIAMBULATORIALI ATTIVITÀ ODONTOIATRICHE MONOSPECIALISTICHE, SMel)**

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;
3. dichiarazione di presentazione di Notifica preventiva di cessazione di pratica ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. 101/2020 (solo nel caso di detenzione e utilizzo di apparecchi a raggi X).

☐ **L) 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.

nell'ambito del territorio di ATS della Città metropolitana di Milano;

ALLEGA

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

☐ **M) LA MODIFICA DELL'ASSETTO DEI LOCALI**

a far data dal la struttura sanitaria avrà un nuovo assetto dei locali

ALLEGA

1. planimetrie dei locali (stato di fatto e stato di progetto) datate, firmate e timbrate dal progettista abilitato e dal Legale Rappresentante in scala 1:100 complete di sezioni con l'indicazione dei RAI e della destinazione d'uso dei locali, evidenziando il lay-out delle attrezzature presenti (es: lavabi, elettromedicali, spazio/locali sporco e pulito);
2. Relazione Tecnica timbrata, datata e firmata dal progettista abilitato degli impianti contenente la descrizione analitica della consistenza dell'intervento e degli impianti presenti (elettrico, di condizionamento, antincendio, di distribuzione gas medicali, ecc.), la dichiarazione che il progetto degli impianti sia conforme alle vigenti leggi in materia di impiantistica, la classificazione dei locali ad uso medico ai sensi della normativa CEI, le caratteristiche e i dati termoisolometrici di progetto per ogni locale della struttura, le eventuali zone coperte da continuità elettrica e il dimensionamento degli eventuali gruppi elettrogeni;

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)

.....