

Spett.le ATS Città Metropolitana di Milano
 SC Igiene e Sanità Pubblica
 Sede di
 Via
 Comune
dipartimentoprevenzione@pec.ats-milano.it

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 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);

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)

.....

N.B. non è possibile modificare la presente comunicazione, inoltre deve essere compilata in ogni sua parte, barrando ogni casella prevista (ad esclusione di quelle che prevedono un'opzione specifica – esempio utilizzo di apparecchiature elettromedicali)

AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TITOLI DI STUDIO PER PROFESSIONI SANITARIE

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

Cellularee-mail

PEC

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

- di aver conseguito il Diploma di Laurea in
in data presso l'Università di
- di aver conseguito il Diploma Professionale di
in data presso la scuola
Via/Piazza n° C.A.P.
Provincia Comune
- di essere iscritto all'albo professionale dei/degli
di al n. dal
- (se pertinente) di aver acquisito l'equipollenza o il riconoscimento del titolo rilasciato da paesi extra-comunitari rilasciata dal Ministero in data con provvedimento n.
- (se pertinente per le professioni sanitarie riabilitative) di aver acquisito l'equivalenza rilasciata dal Ministero in data con provvedimento n.

ALLEGA

1. fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità (in carta semplice)

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)

AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TITOLI DI STUDIO PER PERSONALE MEDICO

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

Cellularee-mail

PEC

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

- di aver conseguito Diploma di Laurea in
in data presso l'Università di
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data presso l'Università di
- di essere iscritto all' Ordine Professionale (se iscritti al doppio albo indicare entrambe le iscrizioni)
 - ☐ Albo dei Medici Chirurghi di..... dal al numero
 - ☐ Albo degli Odontoiatri di dal al numero
- di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in
in data presso l'Università di
- l'insussistenza di incompatibilità legislative con l'attività svolta e all'assunzione dell'incarico.

ALLEGA

1. fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità (in carta semplice)

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)