

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

COMUNICAZIONE DI SVOLGIMENTO ATTIVITÀ ESCLUSIVAMENTE IN MODALITÀ ON-LINE (SOLO PER PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI)

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)

COMUNICA

lo svolgimento di attività di psicologia/psicoterapia esclusivamente in modalità on-line
 a far data dal 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

- che l'attività è esercitata direttamente ed esclusivamente dal/i titolare/i;
- che è stata presa visione dell'INFORMATIVA ATTIVITÀ ON-LINE DI PSICOLOGIA/PSICOTERAPIA 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;

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)

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)