



Apporre
marca da
bollo

Euro 14,62

Al Sindaco del Comune di Pontedera

Sviluppo Economico

Presentare in 3 copie
(di cui una sarà restituita all'interessato con il timbro di arrivo)

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE per L'APERTURA E L'ESERCIZIO/TRASFERIMENTO DI STRUTTURA SANITARIA

(LRT 23/02/1999 n. 8 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

in qualità di legale rappresentante/ _____ della società

denominata _____

con sede legale in _____ Via/Piazza _____ n. _____

P.I. _____, Tel _____ Fax _____

che gestisce la struttura sanitaria denominata

ubicata in Pontedera, Via/Piazza _____ n. _____ Tel _____

Consapevole che, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, comporta l'applicazione di sanzioni penali, nonché la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. cit.

CHIEDE

ai sensi della LRT 23/02/1999 n. 8 e successive modifiche ed integrazioni

Compilare in caso di NUOVA APERTURA:

il rilascio dell'Autorizzazione all'apertura ed esercizio della struttura sanitaria privata, come sopra descritta, per l'erogazione di prestazioni in regime:

ambulatoriale (mono/poli specialistico)

specificare la tipologia di presidio¹: _____ cod. _____

per la seguente/i disciplina/e² _____

specificare la tipologia di attività svolta³: _____ cod. _____

¹ individuare la tipologia di presidio tra quelle elencate nell'allegato "Tipologia presidio"

² individuare le discipline fra quelle elencate nell'allegato "Tabella discipline"

³ individuare la tipologia di attività fra quelle elencate nell'allegato "Tipologia attività"

ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti

specificare la tipologia di presidio¹: _____ cod. _____

per la seguente disciplina² _____

n. posti letto _____, prevista attività a ciclo diurno [si] [no]

specificare la tipologia di attività svolta³: _____ cod. _____

ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per non acuti

specificare la tipologia di presidio¹: _____ cod. _____

per la/e seguente/i disciplina/e²:

- _____ diurno [si] [no] – residenziale [si] [no] / n. posti letto _____

- _____ diurno [si] [no] – residenziale [si] [no] / n. posti letto _____

- _____ diurno [si] [no] – residenziale [si] [no] / n. posti letto _____

- _____ diurno [si] [no] – residenziale [si] [no] / n. posti letto _____

specificare la tipologia di attività svolta³: _____ cod. _____

Compilare in caso di TRASFERIMENTO:

il rilascio dell'Autorizzazione al trasferimento della struttura sanitaria privata, come sopra descritta, già titolare di Autorizzazione n. _____ del _____ per l'erogazione di prestazioni in regime:

ambulatoriale (mono/poli specialistico)

specificare la tipologia di presidio¹: _____ cod. _____

per la seguente/i disciplina/e² _____

specificare la tipologia di attività svolta³: _____ cod. _____

ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti

specificare la tipologia di presidio¹: _____ cod. _____

per la seguente disciplina² _____

n. posti letto _____, prevista attività a ciclo diurno [si] [no]

specificare la tipologia di attività svolta³: _____ cod. _____

¹ individuare la tipologia di presidio tra quelle elencate nell'allegato "Tipologia presidio"

² individuare le discipline fra quelle elencate nell'allegato "Tabella discipline"

³ individuare la tipologia di attività fra quelle elencate nell'allegato "Tipologia attività"

ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per non acuti

specificare la tipologia di presidio¹: _____ cod. _____

per la/e seguente/i disciplina/e²:

- _____ diurno [si] [no] – residenziale [si] [no] / n. posti letto _____

- _____ diurno [si] [no] – residenziale [si] [no] / n. posti letto _____

- _____ diurno [si] [no] – residenziale [si] [no] / n. posti letto _____

- _____ diurno [si] [no] – residenziale [si] [no] / n. posti letto _____

specificare la tipologia di attività svolta³: _____ cod. _____

nella **nuova sede** ubicata in Pontedera, Via/Piazza _____ n. _____,

Tel _____, Fax _____

**a tal proposito
DICHARA**

che le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto presenta contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D.lgs 230/95 e succ. modifiche ed integrazioni

che le attività oggetto di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive

(*compilare in caso di trasferimento*) che, a seguito del trasferimento da Via/Piazza _____ n. _____, si rendono necessarie anche le seguenti variazioni:

- Tecnologiche
- Del personale
- Dell'organizzazione interna

SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI

In caso di NUOVA APERTURA

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione del presidio, il lotto di pertinenza, il volume edificato e la disponibilità di aree a parcheggio;
3. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi al presidio, la superficie in metri quadri per i singoli locali, la collocazione dei principali macchinari e apparecchiature;
4. documento comprovante la disponibilità dei locali;
5. inventario delle attrezzature sanitarie;
6. elenco del personale;
7. documento in cui viene esplicitata l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione organizzativa;
8. liste di autovalutazione;
9. dichiarazione di assunzione dell'incarico da parte del direttore sanitario con relativa copia fotostatica del documento di identità (Mod."A" allegato);
10. modello di autocertificazione di conformità Urbanistico-edilizia (allegato);
11. dichiarazione di adempimenti ambientali (allegato);
12. copia fotostatica del documento di identità del richiedente.

¹ individuare la tipologia di presidio tra quelle elencate nell'allegato "Tipologia presidio"

² individuare le discipline fra quelle elencate nell'allegato "Tabella discipline"

³ individuare la tipologia di attività fra quelle elencate nell'allegato "Tipologia attività"

In caso di TRASFERIMENTO

1. planimetria generale, timbrata, datata e firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione del presidio, il lotto di pertinenza, il volume edificato e la disponibilità di aree a parcheggio;
2. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi al presidio, la superficie in metri quadri per i singoli locali, la collocazione dei principali macchinari e apparecchiature;
3. documento comprovante la disponibilità dei locali;
4. modello di autocertificazione di conformità Urbanistico-edilizia (allegato);
5. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni a seguito di trasferimento;
6. dichiarazione di adempimenti ambientali (allegato);
7. copia fotostatica del documento di identità del richiedente.

In caso di VARIAZIONI DELL'ATTREZZATURA:

- a. inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse al trasferimento nei nuovi locali;

In caso di VARIAZIONI DEL PERSONALE:

- b. elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse al trasferimento nei nuovi locali; (Se, oltre al personale, variasse anche il Direttore sanitario, allegare il Modulo di assunzione dell'incarico da parte del nuovo direttore sanitario - Mod."A" allegato);

In caso di VARIAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE INTERNA

- c. documento in cui viene esplicitata l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione organizzativa, evidenziando le variazioni connesse al trasferimento nei nuovi locali.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e rilascia il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196, al trattamento da parte dell'Amministrazione ricevente, anche con strumenti informatici, dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione e nella documentazione allegata, nonché sulla loro diffusione mediante le forme di pubblicazione di legge e mediante comunicazione, anche per il successivo trattamento, ad altri enti o amministrazioni competenti a ricevere e fornire informazioni in relazione alla presente richiesta.

Data _____.

firma _____

TABELLA DISCIPLINE

Allergologia e immunologia clinica
Anatomia patologica
Anestesia e rianimazione
Angiologia
Audiologia e foniatría
Biochimica clinica
Cardiochirurgia
Cardiologia
Chimica analitica
Chirurgia generale
Chirurgia maxillo-facciale
Chirurgia pediatrica
Chirurgia plastica e ricostruttiva
Chirurgia toracica
Chirurgia vascolare
Dermatologia e venerologia
Ematologia
Endocrinologia
Epidemiologia
Farmacologia e tossicologia clinica
Fisica sanitaria
Gastroenterologia
Genetica medica
Geriatría
Ginecologia e ostetricia
Igiene degli alimenti e della nutrizione
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica
Laboratorio di genetica medica
Malattie dell'apparato respiratorio
Malattie infettive
Malattie metaboliche e diabetologia
Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro
Medicina dello sport
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza
Medicina fisica e riabilitazione
Medicina interna
Medicina legale
Medicina nucleare
Medicina trasfusionale
Microbiologia e virologia
Nefrologia
Neonatologia
Neurochirurgia
Neurofisiopatologia
Neurologia
Neuropsichiatria infantile
Neuroradiologia
Odontoiatria
Oftalmologia
Oncologia
Organizzazione dei servizi sanitari di base
Ortopedia e traumatologia
Otorinolaringoiatria
Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)
Pediatria
Psichiatria
Psicologia
Psicoterapia
Radiodiagnostica
Radioterapia
Reumatologia
Scienza dell'alimentazione e dietetica
Urologia

TIPOLOGIA PRESIDIO

- B1.a Presidi ambulatoriali: prestazioni di specialistica e diagnostica - classe 1 (extraospedaliero)
- B1.b Presidi ambulatoriali: prestazioni di specialistica e diagnostica - classe 2 (intraospedaliero)
- B2.1 Centro o presidio ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale
- B2.3 Consultorio familiare
- C1.cl A Presidi di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti di classe A
- C1.cl B Presidi di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti di classe B
- C1.cl C Presidi di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti di classe C - Presidio autonomo di Day Surgery
- D1.1 Presidio di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali
- D1.2.a Presidio di salute mentale: centro diurno psichiatrico
- D1.2.b Presidio di salute mentale: day hospital psichiatrico
- D1.3.a Presidio di salute mentale: struttura residenziale psichiatrica terapeutico-riabilitativa
- D1.3.b Presidio di salute mentale: struttura residenziale psichiatrica socio-riabilitativa a più elevata intensità assistenziale
- D1.3.c Presidio di salute mentale: struttura residenziale psichiatrica socio-riabilitativa a minore intensità assistenziale
- D1.4.a Struttura di riabilitazione per tossicodipendenti
- D1.4.b Struttura educativo assistenziale per tossicodipendenti

TIPOLOGIA ATTIVITA'

- B1.1.a Laboratorio generale di base
- B1.1.b Laboratorio specializzato
- B1.1.c Laboratorio generale di base con settori specializzati
- B1.1.d Solo punto prelievo
- B1.2.a Ecografia
- Pagina 5 di 6
- B1.2.b Risonanza magnetica
- B1.2.c Tomografia computerizzata
- B1.2.d Solo ecografia
- B1.2.e Solo risonanza magnetica settoriale
- B1.2.f Risonanza magnetica settoriale
- B1.4.a Ecocardiografia
- B1.4.b Ecocardiografia transesofagea
- B1.4.c Elettrocardiografia dinamica
- B1.4.d Ecostress
- B1.4.e Ergometria
- B1.5 Endoscopia
- B1.7.a Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale
- B1.7.b Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale
- B1.8 Dialisi
- B1.10 Medicina ad indirizzo estetico
- B1.11.a Interventi P.M.A. livello 1
- B1.11.b Interventi P.M.A. livello 2
- B1.11.c Interventi P.M.A. livello 3 A
- B1.11.d Interventi P.M.A. livello 3 B
- B1.11.e Interventi P.M.A. livello 3 A/B
- B1.12.a Medicina dello sport I livello
- B1.12.b Medicina dello sport II livello
- B2.1.a Disabilità fisica
- B2.1.b Disabilità psichica
- B2.1.c Disabilità sensoriale
- B2.1.d Disabilità miste
- C1.3.a Degenza pediatrica
- C1.3.b Degenza malattie infettive
- C1.3.c Degenza riabilitazione
- C1.3.d Degenza psichiatrica
- C1.4 Day hospital
- C1.5.a Day surgery – struttura organizzativa autonoma
- C1.5.b Day surgery – struttura organizzativa dedicata
- C1.5.c Day surgery – posti letto dedicati
- D1.1.a Disabilità fisica
- D1.1.b Disabilità psichica
- D1.1.c Disabilità sensoriale
- D1.1.d Disabilità miste
- D1.1.e Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni
- D1.1.f Degenza diurna
- D1.1.g Degenza a ciclo continuativo

CONFORMITÀ URBANISTICO-EDILIZIA

Il sottoscritto _____⁽²⁾, consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*),

DICHIARA

- che l'attività per la quale è stata inoltrata la presente pratica è qualificabile come _____⁽³⁾;
- che la destinazione d'uso dei locali in cui intende svolgere l'attività, ai sensi dell'art. 59 della L.R. 3 gennaio 2005, n. 1, è la seguente : _____⁽⁴⁾, ed è conforme al progetto di cui la Pratica Edilizia n. _____⁽⁵⁾;
- che l'unità immobiliare in cui intende svolgere l'attività è individuata al Catasto dei Fabbricati del Comune di Pontedera al foglio _____, mappale _____, subalterno, _____, categoria _____;
- che la planimetria dei locali, allegata in copia, corrisponde all'ultimo progetto agli atti dell'Amministrazione Comunale⁽⁶⁾;
- che sono/non sono⁽⁷⁾ state apportate modifiche di cui l'art. 83, comma 12, della L.R. 3 gennaio 2005, n. 1 in data _____⁽⁸⁾;
- che l'unità immobiliare è stata dichiarata agibile in data _____⁽⁹⁾;
- che per l'unità immobiliare, ai sensi della legge 9 gennaio 1989, n. 13, è richiesto e garantito il requisito di _____⁽¹⁰⁾;
- che per il tipo di attività è necessario/non è necessario⁽⁶⁾ reperire idonei spazi di parcheggio di cui il D.Lgs 31 marzo 1998, n. 114 (*allegare planimetria con individuazione delle aree di parcheggio*);
- altro⁽¹¹⁾ _____

....., li

Firma del Proprietario

Firma del Tecnico

⁽²⁾ Nome e cognome del richiedente/dichiarante;

⁽³⁾ Indicare la tipologia dell'attività (industriale, artigianale, commercio all'ingrosso, commercio al dettaglio, direzionale etc.);

⁽⁴⁾ Indicare la destinazione d'uso urbanistica dei locali, (residenziale, industriale/artigianale, commerciale, turistico/ricettiva, direzionale, commerciale all'ingrosso,), risultante dall'ultimo progetto agli atti dell'Amministrazione Comunale, ovvero da atti in possesso della Pubblica Amministrazione, ovvero in mancanza della posizione catastale, quale risulta alla data di adozione del Regolamento Urbanistico (19 aprile 2005);

⁽⁵⁾ Indicare numero ed anno di riferimento del progetto edilizio;

⁽⁶⁾ Allegare copia del lay-out, oppure, per locali da adibire ad attività di vendita, planimetria con indicazione delle superfici di vendita netta e lorda;

⁽⁷⁾ Cancellare la voce che non interessa;

⁽⁸⁾ Indicare la data di presentazione della variante finale;

⁽⁹⁾ Indicare la data di presentazione/rilascio della agibilità, oppure specificare che trattasi di immobile realizzato anteriormente al 1934;

⁽¹⁰⁾ Specificare se trattasi di adattabilità/accessibilità/visitabilità come previsto dagli artt. 3 e 5 del D.M.LL.PP. 236/89;

⁽¹¹⁾ Spazio a disposizione per altre eventuali dichiarazioni e/o specificazioni.

DICHIARAZIONE ADEMPIMENTI AMBIENTALI

Il sottoscritto _____⁽ⁱ⁾, consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*),

DICHIARA

- che l'attività per la quale è stata inoltrata la presente pratica è qualificabile come _____⁽ⁱⁱ⁾,
- che gli impianti termici sono conformi alle normative vigenti e alimentati da: _____⁽ⁱⁱⁱ⁾,
- che la canalizzazione dei fumi derivanti dall'impianti termici sono conformi alla normativa vigente, con particolare riferimento alla legge n. 46/1990, alla legge n. 10/1991, al D.P.R. n. 412/1993;
- che sono installati impianti alimentati da fonti energetiche rinnovabili costituiti da _____^(iv),
- che sono installati impianti di condizionamento costituiti da _____^(v),
- che relativamente all'inquinamento acustico, con riferimento alla legge n. 447/1995, al D.P.C.M. 14 novembre 1997, alla L.R. n. 89/1998 e al regolamento comunale approvato con delibera C.C. n. 73/2005:
 - non sono presenti sorgenti di rumore^{vi}
 - è stata effettuata la rilevazione di impatto acustico ai sensi della legge Regionale 89/98 da cui risulta _____^(vii),
- che relativamente alla produzione dei rifiuti sono rispettati gli adempimenti previsti alla parte IV del D.Lgs. n. 152/2006:
 - descrizione dei rifiuti prodotti: _____
_____ quantitativi rifiuti prodotti (kg/anno): _____
 - classificazione dei rifiuti prodotti: Pericolosi Non Pericolosi Sanitari
 - codici CER (classificazione dei rifiuti ai sensi del D.Lgs. n.152/2006): _____
 - deposito temporaneo nel luogo di produzione : SI NO ^(viii)
 - il sottoscritto dichiara di consegnare i propri rifiuti al servizio pubblico;
 - il sottoscritto dichiara di consegnare i rifiuti a terzi ad aziende autorizzate:
 - CER _____ Azienda _____ con sede in _____ (Convenzione stipulata in data _____)
 - CER _____ Azienda _____ con sede in _____ (Convenzione stipulata in data _____)
 - CER _____ Azienda _____ con sede in _____ (Convenzione stipulata in data _____)

CER _____ Azienda _____ con sede in _____ (Convenzione stipulata in data _____)

- il sottoscritto dichiara di effettuare le raccolte differenziate delle seguenti frazioni dei rifiuti:

avvalendosi dei Consorzi Obbligatori istituiti ai sensi del D.Lgs. n. 152/2006, Parte IV Titolo III;

➤ che relativamente alle emissioni in atmosfera, con riferimento ancora al D.Lgs. n. 152/2006:

➤ Il sottoscritto dichiara che non ci sono emissioni in atmosfera;

➤ Il sottoscritto dichiara che sono presenti le seguenti emissioni: _____

autorizzate dalla Provincia di Pisa con atto n. _____ del _____
 Il sottoscritto dichiara che sono presenti emissioni poco significative (rif. art. 272 del D.Lgs. 152/2006);

➤ che le acque reflue ed i sistemi di smaltimento liquami per scarichi idrici di tipo civile sono conformi a quanto disposto dalla normativa vigente (D.Lgs. n. 152/2006 e L.R. n. 20/2006)

Il sottoscritto dichiara che gli scarichi provenienti dall'attività sono:

Domestici Industriali

Il sottoscritto dichiara che i suddetti scarichi sono convogliati in :

pubblica fognatura suolo acque superficiali

➤ che l'attività in questione, ai sensi della L.R. n. 79/1998:

rientra tra quelle soggette a Valutazione di Impatto Ambientale o alla procedura di verifica.

non rientra tra quelle soggette a Valutazione di Impatto Ambientale né alla procedura di verifica.

➤ che per l'attività in questione, ai sensi del D. Lgs. n. 59/2005:

è prevista l'Autorizzazione Integrata Ambientale rilasciata dalla Provincia di Pisa in data _____

non è prevista l'Autorizzazione Integrata Ambientale

➤ altro _____

....., lì

firma

(i) Nome e cognome del richiedente/dichiarante.

(ii) Indicare la tipologia dell'attività (industriale, artigianale, commercio all'ingrosso, commercio al dettaglio, direzionale etc.)

(iii) Indicare il combustibile (ad esempio: gas metano, GPL, olio combustibile, gasolio, elettricità).

(iv) Indicare quali sistemi sono stati adottati in conformità del regolamento approvato con deliberazione consiliare n. 105/2007(ad esempio: pannelli solari, impianti fotovoltaici, ecc).

(v) Indicare quali apparecchi e/o sistemi sono stati installati

(vi) L'installazione di impianti di condizionamento con apparecchiature elettriche esterne è ostativa a questa eventualità.

(vii) Indicare sommariamente il clima acustico rilevato e l'eventuale superamento dei limiti di zona ammessi, indicandone la quantificazione.

(viii) Allegare la planimetria dell'area con l'ubicazione del deposito specificando la presenza di coperture e di sistemi di raccolta acque meteoriche.

Per informazioni rivolgersi al Servizio Ambiente:

Dott.ssa Anna Lea Terreni

a.terreni@comune.pontedera.pi.it

tel. 0587/299210

Dott.ssa Stefania Rosati

s.rosati@comune.pontedera.pi.it

tel. 0587/299649

DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

Consapevole che, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, comporta l'applicazione di sanzioni penali, nonché la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. cit.

DICHIARA

- Di assumersi l'incarico di direttore sanitario della struttura sanitaria denominata

_____ ubicata in Pontedera Via/Piazza _____ n. _____

Con un impegno settimanale di ore _____.

(in sostituzione del dott. _____ precedentemente incaricato)

- Di essere in possesso della specializzazione in

oppure

- Di aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche e private

- Di essere laureato in biologia o chimica o equipollenti (per gli ambulatori che svolgono esclusivamente attività di medicina di laboratorio) ai sensi dell'art. 12, c. 4, della LRT 23/02/1999 n. 8 e successive modifiche ed integrazioni.

- Di non essere proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura sanitaria (disposizione non valida per le strutture ambulatoriali monospécialistiche)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e rilascia il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196, al trattamento da parte dell'Amministrazione ricevente, anche con strumenti informatici, dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione e nella documentazione allegata, nonché sulla loro diffusione mediante le forme di pubblicazione di legge e mediante comunicazione, anche per il successivo trattamento, ad altri enti o amministrazioni competenti a ricevere e fornire informazioni in relazione alla presente richiesta.

Data _____

_____ Firma