

**MODELLO 1
DOMANDA AUTORIZZAZIONE**

studio professionale

Apporre
marca da
bollo

Al Comune di

.....

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO
(Regolamento 24 dicembre 2010, n. 61/R)

Il/la sottoscritto/a _____

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

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo posta elettronica certificata _____

in relazione al proprio studio professionale

- odontoiatrico
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____

CHIEDE

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009 n. 51 il rilascio dell'autorizzazione come di seguito specificato:

- APERTURA**

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione, attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
2. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000, comprovante la disponibilità dei locali;
3. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;

4. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione dello studio;
5. 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 allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
6. inventario delle attrezzature sanitarie;
7. elenco del personale sanitario;
8. liste di autovalutazione;

AMPLIAMENTO ATTIVITA' RIDUZIONE ATTIVITA' TRASFORMAZIONE ATTIVITA'

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione dell'attività

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

AMPLIAMENTO LOCALI RIDUZIONE LOCALI TRASFORMAZIONI INTERNE ¹

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione/trasformazioni interne dei locali.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

TRASFERIMENTO SEDE

Indirizzo nuova sede _____

VARIAZIONI APPORTATE

¹¹ Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.51/2009 art.20, comma c)

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione della nuova sede;
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 allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
3. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000, comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

DICHIARA

che le attività oggetto della domanda di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto viene presentata contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95

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

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data

.....
Firma ²

² Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore