

MODELLO DOMANDA AUTORIZZAZIONE
studio professionale

Apporre marca da bollo

Al Sindaco del Comune di

.....

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO
(Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52)

Il/la sottoscritto/a _____

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

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

in relazione al proprio studio professionale

- odontoiatrico
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale
nella disciplina di riferimento di.....
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia
nella disciplina di riferimento di.....

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____

CHIEDE

ai sensi della L.R. 23 febbraio 1999 n. 8 e successive modifiche e integrazioni, il rilascio dell'autorizzazione come di seguito specificato:

- APERTURA ed ESERCIZIO**

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

FAC SIMILE

1. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o 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. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà 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
dell'attrezzatura	<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

¹¹ Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.8/99 art.6)

Indirizzo nuova sede _____

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Si	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
dell'attrezzatura	<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. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà 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

data

.....
Firma ²

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

(da completare a cura del Comune)

² La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.