



Spett.le

A.T.S. Brescia

*SC Igiene, Sanità Pubblica,
Salute - Ambiente*

p.e.c.: protocollo@pec.ats-brescia.it

OGGETTO: Comunicazione inizio attività per studio professionale ai sensi della D.G.R. 27 luglio 2001 n. VII/5724 per l'esercizio di professione sanitaria riconosciuta

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente / domiciliato in _____ Prov. di _____

via _____ Tel. _____

cod. fisc. / P.I.V.A. _____

mail _____ p.e.c. _____

COMUNICA

l'inizio dell'attività professionale di _____

presso i locali ubicati nel Comune di _____ Prov. di _____

via _____

recapito/i telefonico/i dello Studio _____

giorni e orari di apertura _____

Consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

(segue)



DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole che non verranno meno i controlli circa l'applicazione dei requisiti normativi, quanto segue:

- *Il possesso dei requisiti strutturali richiesti dalla normativa vigente;*
- *Il possesso dei requisiti previsti dai regolamenti edilizi comunali e dalla normativa di sicurezza vigente in materia di igiene del lavoro, antincendio, sicurezza elettrica, smaltimento dei rifiuti;*
- *l'attività sanitaria è esercitata direttamente ed esclusivamente dal titolare;*
- *presso lo studio non operano/operano (anche saltuariamente) n. persone (indicare la qualifica)*
_____;
- *le prestazioni erogate non sono di chirurgia ambulatoriale;*
- *le prestazioni erogate non determinano procedure diagnostiche e/o terapeutiche particolarmente complesse o comportanti rischio per la sicurezza del paziente;*
- *sono applicate le procedure di sanificazione ambientale ed igiene delle mani;*

La documentazione probante i requisiti autocertificati è disponibile presso lo studio.

Allega la seguente documentazione

- *autocertificazione dei titoli professionali posseduti ed iscrizione all'Ordine/Collegio Professionale;*
- *copia di un documento d'identità, in corso di validità;*
- *copia planimetrica dei locali in scala 1:100;*
- *attestazione dell'avvenuto versamento dei "diritti sanitari" per un importo pari ad € 57,19 fino a 5 locali (ogni locale in più € 13,00) da effettuarsi tramite il portale dedicato "PagoPA" (piattaforma digitale che permette di effettuare pagamenti verso la Pubblica Amministrazione collegandosi al link:*

<https://pagamentinlombardia.servizirl.it/mypay4/cittadino/spontaneo?enteToChange=ATSBS>

selezionando: nella sezione "*altre tipologie di pagamento*" il pagamento di interesse "*Diritti Sanitari*" compilando poi con i propri dati i campi proposti, l'importo da pagare e valorizzando la causale confermando i dati inseriti selezionando il pulsante "aggiungi al carrello" a cui seguirà l'invio di una mail all'indirizzo inserito concludendo la procedura.

(segue)



Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.LGS 196/2003, come novellato dal D.Lgs. 101/2018.

Il soggetto ha facoltà di esercitare, relativamente all'esistenza e al trattamento dei dati personali che lo riguardano, i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Il titolare del trattamento dei dati è ATS di Brescia con sede in Viale Duca degli Abruzzi 15.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs. 196/03, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Per presa visione ed accettazione

Vista l'informativa si dà il consenso al trattamento dei dati

(luogo e data)

(firma)