



ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)					
1	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo	Num. Prot
			<input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica		
NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA					

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE**  
**(L. R. 5.8.2009 n. 51 e DPGR 24.12.2010 n. 61/R)**

Al SUAP del Comune di

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

**RELATIVA A:**

Codice	Nome attività	Oggetto
0	Studio medico od odontoiatrico	<input type="checkbox"/> AVVIO ATTIVITA' <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI SEDE <input type="checkbox"/> MODIFICHE LOCALI <input type="checkbox"/> MODIFICHE ATTIVITA'

**ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:**

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE				
A1	Cognome	Nome		
	Nato a	Prov.	il	
	Residente in	Prov.	CAP	
	Via/piazza	n.		
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
IN QUALITA' DI				
A2	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale <input type="checkbox"/> Legale rappresentante <input type="checkbox"/> Institore			
	<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile ..... repertorio N° ..... del ..... e registrato a ..... il .....			
DELLA				
A3	Forma giuridica *	Denomin.**		
	Sede legale nel Comune di ***			Provincia
	Via/piaz.	N. civico	CAP	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA	Codice Fiscale		
	<i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1			

INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI				
B	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telefono	Cellulare	Fax



INIZIO ATTIVITA'

DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'					
C	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
	Denominazione				
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.

RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI	
D	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
E	Attività di: <input type="checkbox"/> odontoiatrico; <input type="checkbox"/> medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale nella disciplina* di <input type="checkbox"/> medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia nella disciplina* di
	* <i>L'elenco delle denominazioni di tutte le discipline di area medica e di area chirurgica sono indicate nel decreto del Ministero della sanità 30/01/1998 e successive modifiche e integrazioni</i>
	<b>Il/la sottoscritto/a dichiara:</b> <input type="checkbox"/> 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;
	<input type="checkbox"/> che le attività oggetto di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive;

Allegare:

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 aero-illuminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
6. inventario delle attrezzature sanitarie;
7. elenco del personale sanitario;
8. liste di autovalutazione;



**TRASFERIMENTO DI SEDE**

<b>C</b>	<b>CHE LO STUDIO PROFESSIONALE DI CUI AUTORIZZAZIONE DEL _____ PROT. _____ UBICATO IN:</b>		
	Indirizzo Via/P.za _____	Civico _____	Piano/scala/interno _____
	Comune _____	Prov. _____	CAP _____
	Denominazione _____		

<b>C1</b>	<b>E' TRASFERITO IN:</b>			
	Indirizzo Via/P.za _____	Civico _____	Piano/scala/interno _____	
	Comune _____	Prov. _____	CAP _____	
	Dati catasto. Categ. _____	Classe _____	Foglio _____	Num. _____
	Sub. _____	Destinazione d'uso _____		

<b>D</b>	<b>RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI</b>	
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti	

<b>E</b>	<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>	
	Attività di:	
	<input type="checkbox"/> odontoiatrico;	
	<input type="checkbox"/> medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale nella disciplina* di riferimento di _____	
	<input type="checkbox"/> medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia nella disciplina* di riferimento di _____	
	* <i>L'elenco delle denominazioni di tutte le discipline di area medica e di area chirurgica sono indicate nel decreto del Ministero della sanità 30/01/1998 e successive modifiche e integrazioni</i>	
	<b>Il/la sottoscritto/a dichiara:</b>	
<input type="checkbox"/> 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;		
<input type="checkbox"/> che le attività oggetto di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive;		
che, in relazione al trasferimento di sede, si rendono necessarie variazioni (compilare le relative schede):		
Del personale <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Dell'attrezzatura <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Tecnologiche <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Dell'organizzazione interna <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

**Allegare**

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 aero-illuminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
3. documento comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;
5. inventario delle attrezzature sanitarie
6. elenco del personale sanitario



## MODIFICHE AI LOCALI

<b>C</b>	<b>CHE LO STUDIO PROFESSIONALE DI CUI AUTORIZZAZIONE</b>		
	<b>DEL</b> _____ <b>PROT.</b> _____ <b>UBICATO IN:</b>		
	Indirizzo Via/P.za _____	Civico _____	Piano/scala/interno _____
	Comune _____	Prov. _____	CAP _____
Denominazione _____			

ai sensi della L.R. 51/2009 e DPGR n. 61R/2010, chiede il rilascio  
DELL'AUTORIZZAZIONE

- ALL'AMPLIAMENTO  ALLA RIDUZIONE  
 TRASFORMAZIONI INTERNE <sup>1</sup>

dei locali come da planimetria allegata.

<b>D</b>	<b>RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI</b>		
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti		
	<input type="checkbox"/> che in relazione all'ampliamento/riduzione dei locali, si rendono necessarie variazioni:		
	dell'attrezzatura	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no
del personale			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Allegare:

1. Planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta da tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;
3. nel caso di variazioni nell'attrezzatura: inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione dei locali;
4. nel caso di variazioni del personale: elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione dei locali.

## MODIFICHE ALL'ATTIVITA'

<b>C</b>	<b>CHE LO STUDIO PROFESSIONALE DI CUI AUTORIZZAZIONE</b>		
	<b>DEL</b> _____ <b>PROT.</b> _____ <b>UBICATO IN:</b>		
	Indirizzo Via/P.za _____	Civico _____	Piano/scala/interno _____
	Comune _____	Prov. _____	CAP _____
Denominazione _____			

ai sensi della L.R. 51/2009 e DPGR n. 61R/2010, chiede il rilascio  
DELL'AUTORIZZAZIONE

- ALL'AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA'  ALLA RIDUZIONE DELL'ATTIVITA'  
 TRASFORMAZIONI ATTIVITA'

<b>D</b>	<b>RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI</b>		
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti		
	<input type="checkbox"/> che in relazione all'ampliamento/riduzione dei locali, si rendono necessarie variazioni:		
	tecnologiche	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no
del personale			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

<sup>1</sup> Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R. 51/2009 e DPGR 61/R del 2010)



*Allegare:*

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;
3. nel caso di variazioni tecnologiche: inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività
4. nel caso di variazioni del personale: elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione dell'attività.

	<b>REQUISITI PERSONALI</b>	
<b>F2</b>	<b>REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI</b>	
	<input type="checkbox"/> laureato in odontoiatria	<input type="checkbox"/> laureato in medicina e chirurgia con specializzazione in _____
	iscritto all'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di _____	
	<input type="checkbox"/> Al n° _____ dell'Albo degli odontoiatri;	<input type="checkbox"/> Al n° _____ dell'Albo dei medici e chirurghi

	<b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</b>		
<b>F3</b>	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per*	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N _____	Rilasciato da _____ il _____	Valida fino al _____
	* <i>Specificare il motivo del rilascio</i>		
	<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b>		
<b>G</b>	<input checked="" type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del <b>D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196</b> : - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge		

Data e luogo

L'interessato deve firmare\* il presente modello  
**L'interessato**

*\* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica*