



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

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'
(L.R. 51 del 5.8.2009 e DPGR 61/R del 24.12.2010)

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)

TRASMETTE SEGNALAZIONE RELATIVA A:

Codice	Nome attività	Oggetto
0	Studio medico o odontoiatrico - Associato	<input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI SEDE <input type="checkbox"/> AMPLIAMENTO/RIDUZIONE DELL'ATTIVITA' <input type="checkbox"/> AMPLIAMENTO/RIDUZIONE/TRASFORMAZIONE LOCALI

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

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO				
A1	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO				
A1	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO				
A1	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO				
A1	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.



	Tel.	Fax	Cod. fisc.
	Indirizzo email		
A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO		
	Cognome	Nome	
	Nato a	Prov.	il
	Residente in	Prov.	CAP
	Via/piazza	n.	
	Tel.	Fax	Cod. fisc.
	Indirizzo email		
A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEI COMPONENTI LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO		
	Cognome	Nome	
	Nato a	Prov.	il
	Residente in	Prov.	CAP
	Via/piazza	n.	
	Tel.	Fax	Cod. fisc.
	Indirizzo email		
A2	IN QUALITA' DI		
	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante pro tempore _____		

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

AMPLIAMENTO/RIDUZIONE DELL'ATTIVITA'

C	DATI RIFERITI AL LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> ODONTOIATRICO UBICATO IN:				
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso					
<input type="checkbox"/> ESCLUSIVO			<input type="checkbox"/> NON ESCLUSIVO		

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
	<input type="checkbox"/> ampliamento dell'attività			
	<input type="checkbox"/> lo studio amplia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività con quelle contrassegnate in elenco allegato			
	<input type="checkbox"/> lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi			
	<input type="checkbox"/> riduzione dell'attività			
	<input type="checkbox"/> lo studio cessa le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato			
<input type="checkbox"/> lo studio cessa le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi				



AMPLIAMENTO/RIDUZIONE/TRASFORMAZIONE DEI LOCALI ¹

C	DATI RIFERITI AL LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> ODONTOIATRICO UBICATO IN:				
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso					
<input type="checkbox"/> ESCLUSIVO			<input type="checkbox"/> NON ESCLUSIVO		

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
E	<input type="checkbox"/> ampliamento dei locali tipologia:
	<input type="checkbox"/> locale di attività
	<input type="checkbox"/> locale servizi igienici
	<input type="checkbox"/> locale attesa, accettazione, att. amministrative
	<input type="checkbox"/> riduzione dei locali tipologia:
	<input type="checkbox"/> locale di attività
	<input type="checkbox"/> locale servizi igienici
	<input type="checkbox"/> locale attesa, accettazione, att. amministrative
	<input type="checkbox"/> trasformazione dei locali tipologia:
	<input type="checkbox"/> locale di attività
	<input type="checkbox"/> locale servizi igienici
	<input type="checkbox"/> locale attesa, accettazione, att. amministrative

¹ Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.51/2009)



TRASFERIMENTO DI SEDE

C	LO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> ODONTOIATRICO UBICATO IN:		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso			
<input type="checkbox"/> ESCLUSIVO	<input type="checkbox"/> NON ESCLUSIVO		

C I	SI E' TRASFERITO IN:				
	Indirizzo Via/P.za	Civico		Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso					
<input type="checkbox"/> ESCLUSIVO	<input type="checkbox"/> NON ESCLUSIVO				
Si dichiara che non verranno apportate modifiche alle modalità delle prestazioni erogate, in caso contrario compilare la scheda appropriata.					

D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI	
	<input type="checkbox"/> Che lo studio professionale associato possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato D del DPGR 61/R 24.12.2010 ed osserva le prescrizioni contenute nello stesso allegato.	
	Che presso lo studio professionale associato:	
<input type="checkbox"/> non opera personale sanitario	<input type="checkbox"/> opera personale sanitario	

F	REQUISITI PERSONALI	
F2	REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI	
<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	

F3	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO		
	<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 _____
* Specificare il motivo del rilascio			

G	TRATTAMENTO DATI PERSONALI		
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196: - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, 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

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

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

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

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

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. In caso di **trasmissione telematica con firma digitale** all'indirizzo di posta elettronica certificata del Comune non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.*

Allegati:

1. atto (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante le generalità dei professionisti che costituiscono lo studio associato;
2. 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;
3. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante.
4. **In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità**
Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse

ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA' SOGGETTE A DIA

CARDIOLOGIA

n. 1 Iniezioni endovenose sclerosanti

CHIRURGIA GENERALE-CHIRURGIA TORACICA

n. 2 Agoaspirazione di cisti della mammella ecoguidata o non

n. 3 Agoaspirazione o incisione semplice di ascesso della mammella

n. 4 Agobiopsia delle stazioni linfonodali superficiali (inguinali, ascellari, latero-cervicali)

n. 5 Anoscopia con o senza biopsia

n. 6 Aspirazione di ascesso, ematoma, sieroma della cute e del tessuto

sottocutaneo

n. 7 Asportazione di condilomi del pene

n. 8 Asportazione di condilomi perianali

n. 9 Asportazione di lesione pedunculata anale e perianale

n. 10 Biopsia chirurgica o ecoguidata dei tessuti molli della parete toracica e

addominale

n. 11 Biopsia del pene



- n. 12 Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
- n. 13 Cateterismo vescicale
- n. 14 Cistoscopia retrograda transuretrale con o senza biopsia
- n. 15 Cromocistoscopia
- n. 16 Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
- n. 17 Esame urodinamico
- n. 18 Esofago-gastroduodenoscopia con o senza biopsia o altri esami diagnostici
- n. 19 Exeresi di cisti sebacee perianali, del pene, dello scroto
- n. 20 Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro
- n. 21 Incisione di ascesso dei piani soprafasciali
- n. 22 Incisione di fistola o cisti pilonidale
- n. 23 Incisione semplice di ascesso perianale
- n. 24 Incisione semplice di emorroide trombizzata procidente
- n. 25 Infiltrazione di cheloide
- n. 26 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli
- n. 27 Interventi sulla cute e tessuto sottocutaneo del tronco e arti interessanti
follicoli piliferi, unghie, ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare
- n. 28 Legatura elastica delle emorroidi
- n. 29 Manometria ano-rettale
- n. 30 ph-metria esofagea
- n. 31 Puntura evacuativa di idrocele
- n. 32 Retto-sigmoidoscopia con endoscopio rigido con o senza biopsia
- n. 33 Rimozione di corpo estraneo dalla cute
- n. 34 Rimozione di tessuto necrotico superficiale
- n. 35 Sbrigliamento di sinechie del pene
- n. 36 Sclerosi di fistola pilonidale
- n. 37 Scleroterapia delle emorroidi
- n. 38 Test di Bernstein
- n. 39 Uretroscopia

DERMATOLOGIA-CHIRURGIA PLASTICA

- n. 40 Biopsia (incisionale di lesioni sospette di malignità a scopo diagnostico,
shaving, escissionale, etc.)
- n. 41 Chemiochirurgia cutanea (peeling chimici superficiali e medi)
- n. 42 Crioterapia medica (neve carbonica)
- n. 43 Dermoabrasione degli strati cutanei superficiali
- n. 44 Drenaggio di idrosadenite, ascesso, perionissi, follicoliti suppurate, favo
- n. 45 Elettrotricotogenesi



- | | | |
|-------|--------------------------|---|
| n. 46 | <input type="checkbox"/> | Epilazione |
| n. 47 | <input type="checkbox"/> | Escarectomia di tessuto necrotico infezione ustione |
| n. 48 | <input type="checkbox"/> | Fotoringiovanimento non ablativo |
| n. 49 | <input type="checkbox"/> | Fototerapia con radiazioni non ionizzanti (UVB, UVA) |
| n. 50 | <input type="checkbox"/> | Frenulotomia labiale e linguale |
| n. 51 | <input type="checkbox"/> | Frenulotomia peniena |
| n. 52 | <input type="checkbox"/> | Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo |
| n. 53 | <input type="checkbox"/> | Incisione di ascessi cutanei |
| n. 54 | <input type="checkbox"/> | Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee |
| n. 55 | <input type="checkbox"/> | Ossigenazione iperbarica |
| n. 56 | <input type="checkbox"/> | Radiofrequenza |
| n. 57 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di adenoma sebaceo |
| n. 58 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di angiocheratoma |
| n. 59 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc) |
| n. 60 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di carcinoma basocellulare (dimensioni ≤ 1 cm di diametro;
dimensioni $\leq 0,5$ cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi) |
| n. 61 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica) |
| n. 62 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di chiazza ipercromica |
| n. 63 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di ciste (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.) |
| n. 64 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di condilomi acuminati |
| n. 65 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di dermatofibroma |
| n. 66 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di fibrangioma |
| n. 67 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di fibroma mollusco |
| n. 68 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico |
| n. 69 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di lago venoso delle labbra |
| n. 70 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di lentigo simplex |
| n. 71 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di linfangioma |
| n. 72 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di milio |
| n. 73 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di mollusco contagioso |
| n. 74 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher,
di unna, etc) |
| n. 75 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di nevo melanocitico (dimensioni ≤ 1 cm di diametro; dimensioni
$\leq 0,5$ cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi) |
| n. 76 | | Rimozione di pecilodermia di civatte |
| n. 77 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di siringoma |
| n. 78 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di tatuaggio |
| n. 79 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori |
| n. 80 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di tricoepitelioma |
| n. 81 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di verruca (volgari, plantare, piana, filiforme, etc.) |



- n. 82 Rimozione di xantelasma palpebrale
- n. 83 Rimozione parziale di unghia
- n. 84 Terapia iniettiva a base di filler
- n. 85 Terapia iniettiva a base di tossina botulinica
- n. 86 Terapia rivitalizzante cutanea iniettiva e trans dermica

FLEBOLOGIA

- n. 87 Bendaggio elastocompressivo
- n. 88 Iniezioni endovenose sclerosanti
- n. 89 Mesoterapia
- n. 90 Piccoli atti chirurgici su ulcere, cute e vene superficiali con incisioni inferiori a 2 cm
- n. 91 Scleroterapia con liquidi e/o con schiuma, ecoguidata e non, dalle teleangectasie ai tronchi safenici
- n. 92 Trattamento delle ulcere degli arti inferiori
- n. 93 Trombectomia, sia con anestesia locale che senza

GASTROENTEROLOGIA

- n. 94 Biopsia endoscopica del retto con pinza mono-uso
- n. 95 Drenaggio percutaneo addominale

GINECOLOGIA

- n. 96 Amniocentesi
- n. 97 Aspirazione cisti mammaria
- n. 98 Aspirazione cisti vaginale
- n. 99 Asportazione condilomi vaginali
- n. 100 Asportazione condilomi vulvari e perineali
- n. 101 Biopsia endometriale
- n. 102 Biopsia portio
- n. 103 Biopsia portio a guida colposcopica
- n. 104 Biopsia vulvare
- n. 105 Cauterizzazione della portio
- n. 106 DTC portio
- n. 107 Ecoisteroscopia dinamica
- n. 108 Inserimento e rimozione IUD
- n. 109 Isteroscopia



OCULISTICA

- n. 110 Applicazione terapeutica di lenti a contatto
- n. 111 Argonlaser-trabeculoplastica
- n. 112 Capsulotomia Yag-Laser per cataratta secondaria
- n. 113 Depilazione per trichiasi
- n. 114 Elettrolisi delle ciglia
- n. 115 Estrazione corpi estranei superficiali dalla cornea e congiuntiva
- n. 116 Fotocoagulazione laser del segmento anteriore
- n. 117 Fotocoagulazione laser per patologia retinica
- n. 118 Iniezione peribulbare
- n. 119 Iniezione sottocongiuntivale
- n. 120 Iridotomia laser
- n. 121 Irrigazione dell'occhio
- n. 122 Lavaggio vie lacrimali
- n. 123 Medicazione oftalmica
- n. 124 Terapia laser e TTT delle patologie tumorali retino-coroideali
- n. 125 Terapia laser e TTT delle patologie vascolari retiniche
- n. 126 Trattamento laser cisti iridee

ODONTOIATRIA

- n. 127 Attività peritali
- n. 128 Conservativa
- n. 129 Endodonzia
- n. 130 Igiene e profilassi
- n. 131 Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm
- n. 132 Implantologia in pazienti di età comunque superiore a cinque anni
- n. 133 Ortodonzia
- n. 134 Parodontologia
- n. 135 Protesi

ORTORINOLARINGOIATRIA

- n. 136 Agoaspirato linfonodale o di neoformazioni delle ghiandole salivari diagnosticate come tali anche ecoguidato
- n. 137 Agopuntura nel distretto otorinolaringoiatrico
- n. 138 Asportazione di cisti del cavo orale diagnosticate come tali
- n. 139 Asportazione di lesioni cutanee o sottocutanee con diametro inferiore a 5 cm a freddo o con strumentazioni elettromedicali
- n. 140 Biopsie nel distretto otorinolaringoiatrico



- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| n. 141 | <input type="checkbox"/> | Causticazione di varici nasali anteriori |
| n. 142 | <input type="checkbox"/> | Chiusura di fistola oroantrale |
| n. 143 | <input type="checkbox"/> | Dermoabrasione |
| n. 144 | <input type="checkbox"/> | Esercizi di riabilitazione foniatrica |
| n. 145 | <input type="checkbox"/> | Esercizi di riabilitazione vestibolare |
| n. 146 | <input type="checkbox"/> | Frenulotomia linguale e labiale |
| n. 147 | <input type="checkbox"/> | Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli |
| n. 148 | <input type="checkbox"/> | Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali |
| n. 149 | <input type="checkbox"/> | Lisi di aderenze nasali |
| n. 150 | <input type="checkbox"/> | Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico |
| n. 151 | <input type="checkbox"/> | Messa a punto di protesi uditive |
| n. 152 | <input type="checkbox"/> | Miringotomia con o senza inserzione di tubo (grummet) |
| n. 153 | <input type="checkbox"/> | Posizionamento di inserti inerti (impianti) nel palato molle |
| n. 154 | <input type="checkbox"/> | Riduzione di fratture delle ossa proprie nasali senza incisione |
| n. 155 | <input type="checkbox"/> | Riduzione di volume dei turbinati inferiori con radiofrequenza o analoghi |
| strumenti | | elettromedicali |
| n. 156 | <input type="checkbox"/> | Riduzione di volume strumentale dell'ugola |
| n. 157 | <input type="checkbox"/> | Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o orofaringe senza incisione |
| n. 158 | <input type="checkbox"/> | Terapia iniettiva a base di tossina botulinica |