



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. 5.8.2009 n. 51, 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)

**TRASMETTE SEGNALAZIONE RELATIVA A:**

Codice	Nome attività	Oggetto
0	Studio medico o odontoiatrico	<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				
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.
	Email	Telefono	Cellulare
			CAP
			Fax



AMPLIAMENTO/RIDUZIONE DELL'ATTIVITA'

C	DATI RIFERITI AL LO STUDIO PROFESSIONALE <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"/> <b>ampliamento dell'attività</b>
	<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"/> <b>riduzione dell'attività</b>
	<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 <sup>1</sup>

C	DATI RIFERITI AL LO STUDIO PROFESSIONALE <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"/> <b>ampliamento dei locali tipologia:</b>
	<input type="checkbox"/> locale di attività
	<input type="checkbox"/> locale servizi igienici
	<input type="checkbox"/> locale attesa, accettazione, att. amministrative
	<input type="checkbox"/> <b>riduzione dei locali tipologia:</b>
	<input type="checkbox"/> locale di attività
	<input type="checkbox"/> locale servizi igienici
	<input type="checkbox"/> locale attesa, accettazione, att. amministrative
	<input type="checkbox"/> <b>trasformazione dei locali tipologia:</b>
	<input type="checkbox"/> locale di attività
	<input type="checkbox"/> locale servizi igienici
	<input type="checkbox"/> locale attesa, accettazione, att. amministrative

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



## TRASFERIMENTO DI SEDE

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

C 1	<b>SI E' TRASFERITO IN:</b>				
	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"/> <b>ESCLUSIVO</b>			<input type="checkbox"/> <b>NON ESCLUSIVO</b>		
Si dichiara che non verranno apportate modifiche alle modalità delle prestazioni erogate, in caso contrario compilare la scheda appropriata.					



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

F	<b>REQUISITI PERSONALI</b>	
F2	<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

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

G	<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</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, 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. 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. 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 certificazione dei titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante.
3. **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 sopra fasciali

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  Elettrotrocogenesi
- n. 46  Epilazione
- n. 47  Escarectomia di tessuto necrotico infezione ustione
- n. 48  Fotoringiovanimento non ablativo
- n. 49  Fototerapia con radiazioni non ionizzanti ( UVB, UVA )
- n. 50  Frenulotomia labiale e linguale
- n. 51  Frenulotomia peniena
- n. 52  Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
- n. 53  Incisione di ascessi cutanei
- n. 54  Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee
- n. 55  Ossigenazione iperbarica
- n. 56  Radiofrequenza
- n. 57  Rimozione di adenoma sebaceo
- n. 58  Rimozione di angiocheratoma
- n. 59  Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc)
- n. 60  Rimozione di carcinoma basocellulare (dimensioni  $\leq$  1 cm di diametro; dimensioni  $\leq$  0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
- n. 61  Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica)
- n. 62  Rimozione di chiazza ipercromica
- n. 63  Rimozione di ciste (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.)



- n. 64  Rimozione di condilomi acuminati
- n. 65  Rimozione di dermatofibroma
- n. 66  Rimozione di fibrangioma
- n. 67  Rimozione di fibroma mollusco
- n. 68  Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico
- n. 69  Rimozione di lago venoso delle labbra
- n. 70  Rimozione di lentigo simplex
- n. 71  Rimozione di linfangioma
- n. 72  Rimozione di milio
- n. 73  Rimozione di mollusco contagioso
- n. 74  Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher, di unna, etc)
- n. 75  Rimozione di nevo melanocitico (dimensioni  $\leq 1$  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  Rimozione di siringoma
- n. 78  Rimozione di tatuaggio
- n. 79  Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori
- n. 80  Rimozione di tricoepitelioma
- n. 81  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 lente 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 diagnosticcate come tali anche ecoguidato  
n. 137  Agopuntura nel distretto otorinolaringoiatrico  
n. 138  Asportazione di cisti del cavo orale diagnosticcate 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  Causticazione di varici nasali anteriori  
n. 142  Chiusura di fistola oroantrale  
n. 143  Dermoabrasione  
n. 144  Esercizi di riabilitazione foniatrica  
n. 145  Esercizi di riabilitazione vestibolare  
n. 146  Frenulotomia linguale e labiale  
n. 147  Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli  
n. 148  Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali  
n. 149  Lisi di aderenze nasali  
n. 150  Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico  
n. 151  Messa a punto di protesi uditive  
n. 152  Miringotomia con o senza inserzione di tubo (grummet)  
n. 153  Posizionamento di inserti inerti (impianti) nel palato molle  
n. 154  Riduzione di fratture delle ossa proprie nasali senza incisione  
n. 155  Riduzione di volume dei turbinati inferiori con radiofrequenza o analoghi strumenti elettromedicali  
n. 156  Riduzione di volume strumentale dell'ugola  
n. 157  Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o orofaringe senza incisione  
n. 158  Terapia iniettiva a base di tossina botulinica