

Spett.le Azienda Sanitaria Locale _____

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Via _____ - _____

Comunicazione di apertura studio

(medico, odontoiatra, delle professioni sanitarie)

(art. 5, comma 5, L.R. Puglia 02.05.2017, n. 9)

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____ il
_____ e residente in _____ prov. (_____) alla

Via _____ n. _____, tel. _____

cell. _____, mail PEC _____

in possesso di _____

specializzazione _____, iscritto all'Ordine della Provincia di

_____ dei _____ al n. _____

Cod. Fisc. _____ e P. IVA _____,

ai sensi dell'art. 5, comma 5, della L.R. della Puglia n. 9 del 02.05.2017 e s.m.i,

comunica

in qualità di titolare dello studio - rappresentante legale dello Studio Associato denominato :

_____ con sede operativa nel Comune di

_____ alla Via _____

piano _____, interno _____, civico _____, l'apertura dello studio professionale per l'esercizio

dell'attività di ⁽¹⁾: _____.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti

falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

dichiara

a) che il sottoscritt _____ ha la piena disponibilità dei locali a titolo di: proprietà affitto; altro
atto; per l'intera consistenza; porzione di studio; come da allegato atto.

b) che i locali adibiti a studio professionale sono muniti di dichiarazione di agibilità del Comune di

_____, data _____, prot. n. _____ con

destinazione d'uso _____;

c) che lo studio: non è condiviso con altri professionisti; è condiviso con altri professionisti;

è utilizzato come studio Associato denominato: _____

d) che nello studio effettuano attività professionale i seguenti professionisti:

e) che ogni professionista ha rilasciato apposita autocertificazione per l'attività in argomento.

f) che nell'attività di studio professionale sono rispettate le norme sulla sicurezza (antincendio, elettrica, ecc.), sullo smaltimento dei rifiuti sanitari, sulla privacy, sulla previdenza e sicurezza del lavoro in caso di operatori subordinati.

g) che le prestazioni erogate non determinano procedure diagnostico-terapeutiche tali da configurare l'esercizio di attività complesse, intendendo con ciò consistenza equiparabile a quella stabilita dal D.P.R. 14 gennaio 1997 per i presidi ambulatoriali o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

h) che nello studio vengono utilizzate le seguenti attrezzature: (vedi allegato)

i) che lo studio effettua le seguenti prestazioni e/o attività sanitarie: (vedi allegato)

j) che non vi è incompatibilità tra, l'attività professionale esercitata nello studio con le altre attività esercitate dal dichiarante.

Data _____

_____ (timbro e firma)

Si allega copia

1. copia del documento di identità del dichiarante;
2. copia dell'Atto di disponibilità dei locali utilizzati per l'attività di studio professionale;
3. copia della Dichiarazione di agibilità dell'immobile;
4. planimetria dei locali in scala 1:100 conforme allo stato dei luoghi, con data, timbro e firma di tecnico abilitato;
5. elenco dei professionisti che operano nello studio e di eventuali lavoratori subordinati;
6. autocertificazione di ogni professionista operante nello studio;
7. ricevuta versamento su c/c ASL come da Tariffario Reg.le (parte IV – punto 4.2.1 fino 50 mq. - € 77.10 oppure punto 4.2.2 oltre i 50 mq. - € 115.70) per rilascio nulla-osta.
8. tassa governativa prevista dall'art. 5, comma 8, L.R. 9/2017 e s.m.i. (da versare al rilascio del nulla-osta).

Note:

(1) studio medico; studio odontoiatrico; studio della Professione Sanitaria di