



CITTA' DI ASTI
SETTORE URBANISTICA E ATTIVITA' PRODUTTIVE
SERVIZIO PIANIFICAZIONE GENERALE E S.U.A.P. – S.P.U.N.

DOMANDA PER IL RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE PER

- AMBULATORIO MEDICO E/O ODONTOIATRICO
 AMBULATORIO MEDICO PER ATTIVITA' POLISPECIALISTICHE
 AMBULATORIO MEDICO DI RADIODIAGNOSTICA

Apertura - Trasferimento - Modifica locali - Modifica attività
(ad esclusione di studi medici ed odontoiatrici individuali
ove non vengano erogate prestazioni di particolare complessità)
ai sensi dell'art.193 del T.U.L.S 1265/1934, D.C.R. 22.02.2000 n.616-3149

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a Prov..... il
Cittadinanza Codice fiscale
Residente in(.....) vian.....
Tel.....e-mail

In qualità di titolare della Ditta individuale o Legale Rappresentante della seguente Società o altro
da specificare
Ragione Sociale o Denominazione
Con sede legale in vian.....
Comune diProv.....CAP.....
Tel.....e-mail

Posta Elettronica Certificata
Codice Fiscale/Partita IVA.....
Con iscrizione al Registro Imprese C.C.I.A.A. dial n.....

RICHIEDE

- L'APERTURA
 Il TRASFERIMENTO dell'attuale sede ubicata inn.....
alla nuova sede ubicata in n.....
 la MODIFICA LOCALI
o Ridistribuzione Spazi
o Ampliamento di mq.....
 la MODIFICA ATTIVITA'
o Inserimento nuova specialità
o Eliminazione specialità esistente

ALTRO

dell'Ambulatorio Medico denominato

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e dall'art. 489 C.P.

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445),

1 – Che la sede operativa dell'Ambulatorio è presso i locali ubicati nel Comune di
Via n.....

2 – Che dei locali in cui verrà svolta l'attività dispone a titolo di:

proprietario

conduttore con regolare contratto di locazione (allegato 3)

altro (specificare)

la superficie totale dei locali è di mq..... (da indicare in caso di apertura o trasferimento)

di essere già in possesso di Autorizzazione Sanitaria n..... rilasciata da
in data per la superficie di mq..... e che a seguito delle modifiche
richieste la superficie totale dei locali è di mq.....(da indicare in caso di modifica locali)

di essere già in possesso di Autorizzazione Sanitaria n..... rilasciata da
in data per le seguenti branche specialistiche (specificare).....
.....(da indicare in caso di modifica attività)

3 – Che in detti locali viene svolta/verrà svolta attività di:

assistenza monospecialistica ambulatoriale

assistenza polispecialistica ambulatoriale

con Radiodiagnostica /Diagnostica per immagini

(da compilare in presenza di attività di Radiodiagnostica e/o Diagnostica per immagini)

che vengono impiegate sorgenti di radiazioni soggette al rilascio di nulla-osta di Cat.B
ovvero macchine radiogene utilizzate per terapia medica, ai sensi del D.Lgs 230/1995 e
s.m.i.

che per l'impiego di dette apparecchiature è stata presentata regolare istanza presso
l'ASL competente per territorio, ai sensi della L.R. 5/2010 in data

oppure

che vengono utilizzate apparecchiature per radiodiagnostica con energia inferiore a 200
KW, inserite in n..... ambienti per una superficie di mq.....

che vengono utilizzate n..... unità ecografiche per una superficie di mq.....

che vengono utilizzate n..... apparecchiature di diagnostica per immagini per una
superficie di mq.....

4 – Che in merito al rispetto di quanto stabilito dalla D.G.R. 98/9422 del 01/08/2008 e s.m.i. relativamente al fabbisogno di prestazioni sanitarie e della capacità produttiva:

- si allega la relativa istanza per la valutazione della compatibilità territoriale di competenza Regionale (allegato 7);
- si attesta che la modifica della struttura viene effettuata per adeguamento a norme nazionali e/o regionali, e pertanto la valutazione della compatibilità territoriale non è richiesta. Si allega relazione tecnica relativa all'intervento programmato (allegato 8);
- si attesta che il trasferimento ad altra sede della struttura, operante esclusivamente in ambito privatistico, avviene senza modifica della capacità produttiva e dell'ASL territoriale di riferimento, e pertanto la valutazione della compatibilità territoriale non è richiesta. Si allega relazione tecnica relativa all'intervento programmato (allegato 8);
- si attesta che la /le specialità di nuovo inserimento non sono contemplate negli allegati della D.G.R. 26/07/2014 n. 73-13176 e s-m-i.

5 – Che è stato nominato Direttore Sanitario il/la dott/ssa

Nato/a aProv..... il

Codice Fiscale

- che in merito al rispetto dei requisiti minimi organizzativi e gestionali generali e specifici prescritti dalla D.C.R. 616-3149 del 2/02/2000 ha compilato il modello "dichiarazione del direttore sanitario" (allegato 2)

6 – Che è stato individuato il Direttore Responsabile, specialista in radiodiagnostica il/la dott/ssa

.....

Nato/a aprov.....il

Codice Fiscale

7 – Che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 06/09/2011 n. 159 "Codice delle Leggi antimafia e delle misure di prevenzione".

8 – Che vengono rispettati tutti i dettami dei Regolamenti di Polizia Urbana, Annonaria, Igienico-Sanitaria, Edilizio, delle Norme Urbanistiche, di destinazione d'uso e dei requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui alla D.C.R. 616/3149 del 22/02/2000, con particolare riferimento a barriere architettoniche, tutela dell'inquinamento acustico, protezione antincendio, salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro, risparmio energetico del locale e degli impianti nello stesso installati, così come attestato da tecnico abilitato nell'allegata attestazione di conformità tecnica (allegato 1) e dal Direttore Sanitario nell'allegata dichiarazione del Direttore Sanitario (allegato 2)

ALLEGA ALLA PRESENTE

1. Attestazione di conformità tecnica (in caso di nuova apertura, trasferimento e modifica dei locali);
2. Dichiarazione del Direttore Sanitario;
3. Copia del contratto di locazione (in caso di nuova apertura o trasferimento);
4. Elenco dettagliato delle attrezzature e degli impianti a firma del Direttore Sanitario e del titolare;
5. Elenco delle prestazioni erogate;
6. (per i cittadini extracomunitari) Copia permesso di soggiorno in corso di validità e/o copia della ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di rinnovo alla Questura (come da nota prot.11050/M/(8) del 05/08/2006 del Ministro dell'Interno);
7. Istanza di valutazione della compatibilità territoriale, D.L. 30 dicembre 1992 n. 502 art. 8 ter comma 3, D.G.R. 1 agosto 2008 n. 98-9422;

8. Relazione tecnica relativa all'intervento programmato in assenza di valutazione della compatibilità territoriale;
9. Per le Società: Dichiarazione attestante l'inesistenza delle cause di divieto, di decadenza, di sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. 06/09/2011 n. 159 e s.m.i. da compilarsi a cura di S.N.C.: tutti i soci, S.A.S.: soci accomandatari, S.P.A. e S.R.L.: rappresentante legale e membri del consiglio di amministrazione con relative fotocopie dei documenti di identità in corso di validità di tutti i firmatari;
10. Copia dell'eventuale precedente autorizzazione dell'ambulatorio medico;
11. Copia del documento di identità in corso di validità.

Data Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)

Il Reg. UEn. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del trattamento: Comune di _____

Indirizzo: _____

Indirizzo mail/PEC _____

Finalità del trattamento. Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Pertanto i dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati da personale autorizzato, con strumenti cartacei ed informatici.

Destinatari dei dati. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990 n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e in materia di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).

Responsabile del trattamento _____

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha inoltre diritto alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al Comune di _____

Indirizzo mail _____

IL responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo mail _____

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali