

**Amministrazione destinataria**

Comune di Vetralla

**Ufficio destinatario**



**COMUNICAZIONE:**

subingresso in attività

**Comunicazione per il subingresso per l'esercizio di studi medici odontoiatrici e del le altre professioni sanitarie svolgenti procedure mediche terapeutiche o diagnostiche non invasive o di minore invasività o di minor rischio per la sicurezza del paziente**

**Il sottoscritto**

|   |        |                |                             |                             |                |                               |       |       |                              |     |
|---|--------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome   |        | Nome           |                             |                             | Codice Fiscale |                               |       |       |                              |     |
| Data di nascita   |        | Sesso          | Luogo di nascita            |                             | Cittadinanza   |                               |       |       |                              |     |
| Residenza   |        |                |                             |                             |                |                               |       |       |                              |     |
| Provincia   | Comune | Indirizzo      |                             | Civico                      | Barrato        | Interno                       | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare  |        | Telefono fisso |                             | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |       |       |                              |     |
| <b>in qualità di</b> <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i> |        |                |                             |                             |                |                               |       |       |                              |     |
| Ruolo   |        |                |                             |                             |                |                               |       |       |                              |     |
| Denominazione/Ragione sociale   |        |                |                             |                             |                | Tipologia                     |       |       |                              |     |
| Sede legale   |        |                |                             |                             |                |                               |       |       |                              |     |
| Provincia   | Comune | Indirizzo      |                             | Civico                      | Barrato        | Interno                       | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Codice Fiscale  |        |                |                             | Partita IVA                 |                |                               |       |       |                              |     |
| Telefono  |        |                | Posta elettronica ordinaria |                             |                | Posta elettronica certificata |       |       |                              |     |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio  |        |                |                             |                             | Provincia      | Numero Iscrizione             |       |       |                              |     |
| Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)   |        |                |                             |                             | Provincia      | Numero iscrizione             |       |       |                              |     |

## domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

## in relazione all'attività di

Attività svolta

- studio medico
- studio odontoiatrico
- altra professione sanitaria

Descrizione altra professione sanitaria

Tipologia di prestazioni erogate

## in precedenza avviata tramite

Titolo autorizzativo

- autorizzazione, concessione o nulla osta
- SCIA o comunicazione
- altro (specificare)

Protocollo

Data

Ente di riferimento

## COMUNICA

## il subingresso nell'attività a

Denominazione/Ragione sociale

Tipologia

Sede legale

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Codice Fiscale

Partita IVA

A far tempo dal giorno

- avvio dell'attività contestuale
- avvio dell'attività con decorrenza dal (specificare)
- reintestazione (senza inizio attività)

A seguito di (da non compilare in caso di reintestazione)

Specificare altre cause

Registrazione atto

- l'atto di registrazione è in corso di registrazione, pertanto allega dichiarazione da parte del notaio
- l'atto di registrazione è stato registrato

Numero atto di registrazione

Data atto di registrazione

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e Codice Penale), sotto la propria responsabilità,

#### DICHIARA

- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159, "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia")
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato
- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalla legge
- che presso lo studio sono erogate prestazioni sanitarie che utilizzano procedure mediche, terapeuti che o diagnostiche non invasive o di minor invasività o di minor rischio per la sicurezza del paziente
- che tali prestazioni rientrano in quelle considerate a minore invasività
- che le apparecchiature e le attrezzature presenti nello studio sono utilizzate dai rispettivi professionisti per l'esercizio dell'attività professionale in modo complementare alla stessa e senza refertazione per terzi (utilizzo occasionale e saltuario)
- nel caso di presenza di personale dipendente o assimilabile, il rispetto della normativa in materia di tutela della salute e della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in relazione a
  - valutazione dei rischi
  - designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei rischi
  - nomina del medico competente se previsto
  - adempimento degli obblighi di informazione, formazione e addestramento
  - designazione dei lavoratori incaricati all'attuazione delle misure di prevenzione incendi, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza di cui al Documento di valutazione dei rischi (DVR)
- che la struttura rispetta la normativa vigente in materia igienico sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate
- di rispettare le norme relative alla destinazione d'uso dei locali
- di essere in possesso del seguente titolo giuridico di disponibilità della sede

proprietà

locazione

Estremi di registrazione presso l'Agenzia delle Entrate

altro

Estremi di registrazione presso l'Agenzia delle Entrate

#### possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

(da compilare in caso di subingresso nell'attività)

##### Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali

- unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modulo "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")

**Attenzione:** qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (articolo 75 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445).

**referente per la pratica**

|                    |                |                             |                               |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale              |                               |
|                    |                |                             |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                    |                |                             |                               |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                    |                |                             |                               |

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- dichiarazione da parte del notaio
- dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.