

MODALITA' PRESENTAZIONE D.I.A.

- 1) compilare il modello in ogni sua parte
- 2) predisporre le varie autocertificazioni per i medici/odontoiatri e altro personale sanitario
- 3) pagare Euro 30,00 a titolo di diritti SUAP con la modalità preferita (vedi sotto)
- 4) trasmettere in 4 copie il modello compilato con gli allegati tramite consegna al Suap o trasmissione per fax (055.44.96.365) o per posta (SUAP – Via Barducci, 2 – 50019 Sesto Fiorentino)

MODALITA' PAGAMENTO

A) PRIMA DELLA PRESENTAZIONE DELLA PRATICA **nb portare ricevuta di versamento al momento della presentazione della pratica oppure allegarla insieme alla DIA**

- in contanti presso la Tesoreria Comunale (Cassa di Risparmio di Firenze – Via Dante Alighieri n. 38) indicando come causale "Versamento diritti suap per DIA”;
- tramite bonifico bancario con la seguenti coordinate: Cassa di Risparmio di Firenze, Agenzia di Sesto Fiorentino, Via Dante Alighieri n. 38, ABI 6160, CAB 38100, C/C N. 20/01, IBAN: IT43X061603810000000020C01 indicando come causale “Versamento diritti suap per DIA”;
- tramite bollettino postale indicando come causale "Versamento diritti suap per DIA” c/c postale n. 164509 - intestato a "Comune di Sesto Fiorentino - Servizio Tesoreria".

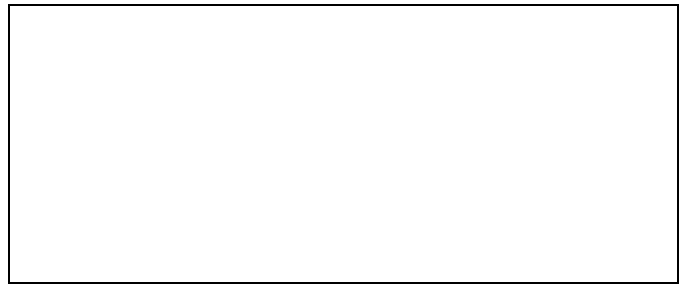
B) CONTESTUALMENTE ALLA PRESENTAZIONE DELLA PRATICA

- tramite Bancomat direttamente presso il SUAP;

C) DOPO LA PRESENTAZIONE DELLA PRATICA. **Nb in tal caso è necessario trasmettere (personalmente, per fax o posta) la ricevuta di versamento**

- in contanti presso la Tesoreria Comunale (Cassa di Risparmio di Firenze – Via Dante Alighieri n. 38) indicando come causale "Versamento diritti suap **per pratica n. ... del**”;
- tramite bonifico bancario con la seguenti coordinate: Cassa di Risparmio di Firenze, Agenzia di Sesto Fiorentino, Via Dante Alighieri n. 38, ABI 6160, CAB 38100, C/C N. 20/01, IBAN: IT43X061603810000000020C01 indicando come causale "Versamento diritti suap **per pratica n. ... del**”;
- tramite bollettino postale indicando come causale "Versamento diritti suap **per pratica n. ... del**” c/c postale n. 164509 - intestato a "Comune di Sesto Fiorentino - Servizio Tesoreria".

Mod. D.I.A.	
Studio professionale medico / odontoiatrico ASSOCIATO	
<i>L.R. 8/99 e succ. modif. e integ</i>	



**DA PRESENTARE
ENTRO IL 31 GENNAIO 2009**

Al Sindaco del Comune di Sesto Fiorentino
Piazza Vittorio Veneto, 1
50019 SESTO FIORENTINO (FI)

DICHIARAZIONE INIZIO ATTIVITÀ per STUDIO MEDICO / ODONTOIATRICO GIÀ IN ESERCIZIO
(Art. 12 D.P.G.R. 8 ottobre 2008 n. 52/R pubblicato sul B.U.R.T. n. 33 del 15/10/08 “Regolamento di attuazione della legge regionale 8 febbraio 1999 in materia di studi medici e odontoiatrici”)

Selezionare il caso:

- Professionisti già in esercizio alla data di entrata in vigore della LR 34/03 (10 luglio 2003), compresi coloro che hanno presentato la domanda di autorizzazione entro il 31/03/2006 o entro il 04/03/2008
- Professionisti che, ai sensi della LR 56/07, hanno presentato dichiarazione di apertura ed esercizio, variazioni attività e locali, trasferimenti, nella fase transitoria di approvazione del regolamento (dal 21/11/2007 al 30/10/2008)

1. Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a..... provincia il/...../.....
residente a..... provincia
via/piazza.....n°..... CAP
codice fiscale P.I.....

2. Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a..... provincia il/...../.....
residente a..... provincia
via/piazza.....n°..... CAP
codice fiscale P.I.....

3. ripetere n° volte per ogni singolo componente lo studio professionale associato

oppure

Il/la sottoscritto/a, legale rappresentante pro tempore
dell'associazione fra professionisti
nato/a a..... provincia il/...../.....

residente a..... provincia
via/piazza.....n°..... CAP
codice fiscale P.I.....

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

IN RELAZIONE ALLO STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO

MEDICO **ODONTOIATRICO**

ubicato in, via/piazza n.
CAP Tel. Fax
e-mail

i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso

ESCLUSIVO **NON ESCLUSIVO**

DICHIARANO/DICHIARA

secondo quanto prescritto all'art. 12 - Norma transitoria, del DPGR del 8 ottobre 2008 n. 52 "Regolamento di attuazione della legge regionale 8 febbraio 1999 in materia di studi medici e odontoiatrici":

- di aver avviato in data _____ l'attività per l'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- di aver avviato in data _____ l'attività per l'erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva contrassegnate in elenco allegato finalizzate alla refertazione per terzi

DICHIARANO/DICHIARA INOLTRE

- che lo studio professionale possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato C del Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 ed osserva le prescrizioni contenute nello stesso allegato (v. prescrizioni allegate al presente modulo);

- che presso lo studio professionale:

OPERA PERSONALE SANITARIO **NON OPERA PERSONALE SANITARIO**

In caso affermativo, indicare i nominativi del personale sanitario (medico/odontoiatrico e non) operante oltre ai sottoscritti: _____

ALLEGANO/ALLEGA

- elenco delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività erogate (**NB spuntare i casi che interessano nell'allegato**);
- documento (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;
- 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, compresi i sottoscritti;
- 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 altro personale sanitario operante;

data

.....
firma¹

.....
firma²

.....
firma²

firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato/legale rappresentante

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 l'Amministrazione procedente informa che i dati riguardanti l'interessato, saranno conservati presso l'archivio del Comune di ricezione dell'istanza e saranno utilizzati, anche tramite strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo al quale la presente dichiarazione si riferisce, nello svolgimento di compiti istituzionali, nel rispetto di leggi e regolamenti, nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza. Titolare del trattamento è il Comune di ricezione dell'istanza, Responsabile dello specifico trattamento dei dati è il Dirigente del Servizio competente. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e privati, che intervengono nel procedimento, nei limiti previsti da leggi o da regolamento. Il conferimento dei dati è in genere facoltativo; l'amministrazione segnala espressamente i casi in cui i dati devono obbligatoriamente essere conferiti; in ogni caso i dati sono necessari per portare a termine le attività ed i procedimenti amministrativi. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati. L'interessato ha altresì diritto di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima od il blocco dei dati trattati in violazione di legge. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano. All'interessato è riconosciuto il diritto di accesso per la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile (fatte salve le eccezioni di Legge). All'interessato è riconosciuto il diritto di accesso per la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile (fatte salve le eccezioni di Legge).

¹ La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore

**ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITÀ
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 soprafasiali
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 • 1 cm di diametro; dimensioni • 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 • 1 cm di diametro; dimensioni • 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 transdermica

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- 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 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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(artt. 46 e 47 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a

MEDICO

ODONTOIATRA

presso lo studio professionale posto in, via/piazza

n. CAP, in qualità di titolare/contitolare collaboratore

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

DICHIARA

di essere:

nato/a a provincia il/...../.....

residente a provincia.....

via/piazza.....n°..... CAP

codice fiscale P.I

laureato in odontoiatria presso l'Università degli Studi di in data

laureato in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di
in data

iscritto all'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di

Al n°..... dell'Albo degli odontoiatri;

Al n°..... dell'Albo dei medici e chirurghi.

data
.....
firma ²

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 l'Amministrazione procedente informa che i dati riguardanti l'interessato, saranno conservati presso l'archivio del Comune di ricezione dell'istanza e saranno utilizzati, anche tramite strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo al quale la presente dichiarazione si riferisce, nello svolgimento di compiti istituzionali, nel rispetto di leggi e regolamenti, nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza. Titolare del trattamento è il Comune di ricezione dell'istanza, Responsabile dello specifico trattamento dei dati è il Dirigente del Servizio competente. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e privati, che intervengono nel procedimento, nei limiti previsti da leggi o da regolamento. Il conferimento dei dati è in genere facoltativo; l'amministrazione segnala espressamente i casi in cui i dati devono obbligatoriamente essere conferiti; in ogni caso i dati sono necessari per portare a termine le attività ed i procedimenti amministrativi. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati. L'interessato ha altresì diritto di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima od il blocco dei dati trattati in violazione di legge. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano. All'interessato è riconosciuto il diritto di accesso per la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile (fatte salve le eccezioni di Legge).All'interessato è riconosciuto il diritto di accesso per la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile (fatte salve le eccezioni di Legge).

² La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia **presentata o inviata unitamente a copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.**

N.B.: Da compilarsi a cura di ogni operatore sanitario in attività nello studio professionale (MOD. PERS. Sanitario)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(artt. 46 e 47 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a

OPERATORE SANITARIO con la qualifica di

presso lo studio professionale posto in Firenze, via/piazza

n. CAP

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

DICHIARA

- di essere:
nato/a a..... provincia il...../...../.....
residente a..... provincia.....
via/piazza..... n°..... CAP
- codice fiscale P.I.....
- di aver conseguito il titolo abilitante all'esercizio della professione sanitaria presso
la Scuola/Istituto di
Università degli Studi di in data
- iscritto all' Albo professionale al n°.....
data firma ³.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 l'Amministrazione procedente informa che i dati riguardanti l'interessato, saranno conservati presso l'archivio del Comune di ricezione dell'istanza e saranno utilizzati, anche tramite strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo al quale la presente dichiarazione si riferisce, nello svolgimento di compiti istituzionali, nel rispetto di leggi e regolamenti, nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza. Titolare del trattamento è il Comune di ricezione dell'istanza, Responsabile dello specifico trattamento dei dati è il Dirigente del Servizio competente. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e privati, che intervengono nel procedimento, nei limiti previsti da leggi o da regolamento. Il conferimento dei dati è in genere facoltativo; l'amministrazione segnala espressamente i casi in cui i dati devono obbligatoriamente essere conferiti; in ogni caso i dati sono necessari per portare a termine le attività ed i procedimenti amministrativi. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati. L'interessato ha altresì diritto di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima od il blocco dei dati trattati in violazione di legge. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano. All'interessato è riconosciuto il diritto di accesso per la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile (fatte salve le eccezioni di Legge).All'interessato è riconosciuto il diritto di accesso per la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile (fatte salve le eccezioni di Legge).

³ La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente a copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI E PRESCRIZIONI [1] PER L'APERTURA E L'ESERCIZIO DEGLI STUDI SOGGETTI A DICHIARAZIONE DI INIZIO DELL'ATTIVITÀ

Tutti gli studi, in relazione alla tipologia delle attività svolte e tenuto conto della loro natura privata che non li configura come aperti al pubblico, devono essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalle normative di settore, anche sovranazionali. La circostanza che solo alcuni dei requisiti previsti dalle suddette normative siano compresi tra i requisiti generali oggetto della presente disciplina non esclude la necessità che anche tutti gli altri siano rispettati.

[1] Le prescrizioni a differenza dei requisiti consistono in comportamenti da osservare. Nel testo del presente allegato viene usata indistintamente la parola "requisito" nell'accezione ampia che comprende sia il requisito vero e proprio sia la prescrizione.

1. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Devono essere garantiti, in relazione al tipo di attività, adeguato approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e strumenti impiegati per interventi invasivi per vie naturali; solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neo formate.

La presenza di personale sanitario deve essere garantita ove richiesta dalla specificità della prestazione erogata.

Devono essere garantite le modalità di svolgimento delle seguenti attività:

- pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori (solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neoformate);
- pulizia e sanificazione degli ambienti.

In caso di prelievi di tessuti o liquidi a scopo diagnostico, devono essere definite le modalità di riconoscimento degli utenti, di identificazione dei campioni, di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamenti.

2. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

2.1 Requisiti strutturali

Lo studio deve disporre di un accesso per l'utente diverso da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria.

I locali dello studio devono essere nettamente separati da quelli destinati ad altri usi e devono essere chiaramente identificabili.

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

Locale di attività:

- deve avere superficie adeguata e pavimento lavabile;
- deve garantire il rispetto della privacy dell'utente, se necessario deve essere presente un'apposita area separata per spogliarsi;
- deve essere corredato da un lavabo con comandi non manuali.

Locale servizi igienici:

- deve essere garantito un servizio igienico a disposizione degli utenti facilmente raggiungibile, fornito di lavabo con comandi non manuali, dispenser e asciugamani monouso;
- in caso di presenza di un unico servizio igienico, deve essere garantito che l'accesso sia indipendente dalla sala per l'esecuzione delle prestazioni;
- il pavimento deve essere lavabile e disinfettabile.

Locale o spazio di attesa:

- deve essere presente ed adeguatamente arredato.

Devono inoltre essere presenti:

- uno spazio per la refertazione, ove necessario;
- uno spazio per deposito per materiale pulito;
- uno spazio per deposito materiale sporco;

- uno spazio per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature e della strumentazione.

I locali o spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative ed i servizi igienici possono essere in comune tra più studi sanitari o con strutture sanitarie, purché opportunamente dimensionati.

Il locale di attività e gli eventuali locali per il materiale possono essere in comune fra più professionisti titolari di studio. In tal caso, devono essere definite ed adottate procedure per garantire la costante idoneità dei locali e delle attrezzature. Ciascun professionista rimane unico responsabile delle prestazioni rese ai propri pazienti.

In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e aerazione adeguate.

2.2 Requisiti tecnologici

Lo studio deve disporre di attrezzature e presidi medico-chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Attrezzature e risorse tecnologiche possono essere in comune fra più professionisti titolari di studio. In tal caso, devono essere definite ed adottate procedure per garantire la costante idoneità delle risorse comuni. Ciascun professionista rimane unico responsabile delle prestazioni rese ai propri pazienti.

Nel caso in cui nel locale di attività siano presenti più risorse tecnologiche di diagnostica strumentale, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.

Il locale di attività deve disporre di una dotazione minima per la gestione dell'emergenza costituita almeno da:

- apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa e fonendoscopio,
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee,
- abbassalingua,
- laccio emostatico, siringhe e ago cannula,
- farmaci (atropina, cortisone EV, soluzione fisiologica, benzodiazepine).

Della dotazione per l'emergenza deve essere identificato un responsabile.

In caso di locali di attività o studi contigui, è sufficiente un unico presidio per la gestione dell'emergenza, purché trasportabile.

