



_____ li _____

Alla Spett.le Azienda Sanitaria Locale Rieti
Dipartimento di Prevenzione - U.O.C. Servizio I.S.P.
Via del Terminillo n. 42 02100 Rieti
dipartimentoprevenzione.asl.rieti@pec.it

COMUNICAZIONE*(Modello per i soggetti esclusi da autorizzazione all'esercizio)***RACCOMANDATA A/R**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il ____/____/____ residente in
via _____ n. _____ nel Comune
di _____ (____) domiciliato/a in
_____ (____) in Via/Piazza _____ n. _____
recapiti telefonici (abitazione) _____ (cellulare) _____

COMUNICA

Che in data _____ inizierà la propria attività di _____
nel proprio studio professionale sito nel Comune di _____ (____),
Via/Piazza _____ n. _____ int. _____ (____).

Allega alla presente:

- 1) Copia titolo abilitante;
- 2) Copia della Planimetria generale in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato, dalla quale risultano:
l'intestazione, le destinazioni d'uso di ciascun locale, le relative altezze, la sezione, le superfici di ciascun
locale, e il rapporto con le superfici fenestrate, (o in alternativa l'idoneo sistema di ricambio d'aria ivi
presente);
- 3) Copia del titolo di disponibilità dei locali;
- 4) Dichiarazione circa l'ottemperanza delle norme di igiene e sicurezza, con in allegato il certificato di
conformità dell'impianto elettrico ex D.M. 22.01.2008 n. 37 o ex L. 5 Marzo 1990 n. 46 e, ove richiesto dalla
legge, la verifica di messa a terra ai sensi del D.P.R. 22 Ottobre 2001 n.462 (*)
- 5) Dichiarazione di eliminazione delle barriere architettoniche;
- 6) Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività che si intendono erogare, unitamente ad
autocertificazione che lo studio non risulta riconducibile nel novero delle strutture autorizzabili all'esercizio ai
sensi della D.G.R. n. 73/08, pubblicata sul BURL, parte prima - parte seconda n. 10 del 14 Marzo 2008 (vedi
modello **Allegato 4**) (*);

- 7) Atto costitutivo dell'eventuale associazione professionale;
- 8) Elenco delle apparecchiature (*);
- 9) Contratto di smaltimento dei rifiuti speciali a nome del soggetto che effettua la comunicazione (ndr: ove richiesto dalla tipologia di attività svolta);
- 10) Elenco dei soggetti eventualmente operanti all'interno dello studio medico con copia delle comunicazioni da essi effettuati;
- 11) Orario di esercizio dell'attività (*);
- 12) Dichiarazione di conformità delle fotocopie agli originali in possesso del richiedente (vedi modello **Allegato 5**) (*)

(*) a firma del medico o del rappresentante legale dell'associazione professionale

Il/La Richiedente

Trattamento dei dati personali

“Sono consapevole che i dati indicati nel presente modulo e allo stesso eventualmente allegati verranno trattati dalla ASL di Rieti, titolare del trattamento, nel rispetto del Regolamento 2016/679/UE al solo scopo di gestire l'esposto nonché per il rispetto di suoi obblighi di legge. Sono consapevole, altresì, che i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento potranno essere esercitati scrivendo al Responsabile Protezione Dati all'indirizzo dpo@asl.rieti.it ”

Data

Firma