

Asl Rieti
Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica
Via del Terminillo, 42
02100 RIETI

COMUNICAZIONE

(Modello per i soggetti esclusi da autorizzazione all'esercizio)

RACCOMANDATA A/R

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il ____/____/____
residente in via/piazza _____ n° ____
nel Comune di _____ Provincia _____ ()
Recapito Telefonico _____ E-Mail _____
Nome sul campanello _____

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

In fede

Rieti li _____

Firma _____

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE, il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i suoi dati personali, acquisiti tramite il presente modulo, saranno trattati dalla ASL di Rieti, titolare del trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici e cartacei per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla sottoscrizione del presente richiesta e per finalità statistiche e non saranno diffusi o comunicati a terzi. I dati saranno conservati sino al completamento delle attività connesse alla prestazione richiesta incluse quelle amministrative. In qualsiasi momento, con una comunicazione trasmessa alla Asl Rieti - Via del Terminillo 42, 02100 Rieti anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati raggiungibile all'indirizzo: dpo@asl.rieti.it, potrà esercitare i diritti di cui agli art. 15 e ss. del Regolamento fra i quali quello di accedere ai dati, chiederne la rettifica o la cancellazione nei casi previsti per legge. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato in riferimento a quanto indicato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA CHE PRECEDE

Data _____

Firma _____