

dell'amministrazione digitale, CAD)).

I soggetti tenuti all'iscrizione nel registro delle imprese e i professionisti tenuti all'iscrizione in albi ed elenchi hanno l'obbligo di dotarsi di un domicilio digitale iscritto nell'Indice nazionale dei domicili digitali (INI-PEC) delle imprese e dei professionisti (Art. 3-*bis*, comma 1 del CAD).

Le **persone fisiche e i professionisti non iscritti in albi, registri o elenchi professionali possono** iscrivere un loro domicilio elettronico nell'elenco dei domicili digitali delle persone fisiche, dei professionisti e degli altri enti di diritto privato (INAD) (Art. 3-*bis*, comma 1-*bis* del CAD).

È possibile eleggere anche un domicilio digitale speciale per determinati atti, procedimenti o affari. In tal caso, ferma restando la validità ai fini delle comunicazioni elettroniche aventi valore legale, colui che lo ha eletto non può opporre eccezioni relative alla forma e alla data della spedizione e del ricevimento delle comunicazioni o notificazioni ivi indirizzate (Art. 3-*bis*, comma 4-*quinqes* del CAD).

Le comunicazioni tramite i domicili digitali sono effettuate agli indirizzi inseriti in INI-PEC o INAD o a quello eletto come domicilio speciale per determinati atti o affari. Le comunicazioni elettroniche trasmesse a uno di questi domicili digitali producono, al momento della spedizione e del ricevimento, gli stessi effetti giuridici delle comunicazioni a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno ed equivalgono alla notificazione per mezzo della posta salvo che la legge disponga diversamente. Le suddette comunicazioni si intendono spedite dal mittente se inviate al proprio gestore e si intendono consegnate se rese disponibili al domicilio digitale del destinatario, salva la prova che la mancata consegna sia dovuta a fatto non imputabile al destinatario medesimo (Art. 6 del CAD).

5 – DATI DELL'ATTIVITA'/INTERVENTO

Differenziato per tipologia di procedimento (vd. Esempio esercizio di vicinato).

Nota Bene: Per gli atti amministrativi non inerenti al procedimento/adempimento, ma conseguenti a eventuali controlli e accertamenti successivi, le amministrazioni procedenti e/o competenti si avvarranno in ogni caso dell'indirizzo PEC dell'azienda presente nei registri nazionali, ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale.

<p>Al SUAP del Comune di _____ Indirizzo _____ PEC/Posta Elettronica _____</p>	<p><u>Compilato a cura del SUAP:</u></p> <p>Pratica _____ del _____ Protocollo _____</p>
	<p>TIPOLOGIA DI PROCEDIMENTO (scelta a cura del richiedente)</p> <p>SCIA: <input type="checkbox"/> Segnalazione Certificata di Inizio Attività per ESERCIZIO</p> <p>AUTORIZZAZIONE + SCIA UNICA: <input type="checkbox"/> SCIA per ESERCIZIO + altre Segnalazioni e/o Comunicazioni</p> <p>AUTORIZZAZIONE + SCIA UNICA E ALTRE DOMANDE: <input type="checkbox"/> SCIA per ESERCIZIO + SCIA UNICA e altre domande</p>

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ PER L'ESERCIZIO
DI STUDI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE ALTRE PROFESSIONI SANITARIE
SVOLGENTI PROCEDURE MEDICHE, TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE NON
INVASIVE O DI MINORE INVASIVITÀ O DI MINOR RISCHIO PER LA SICUREZZA
DEL PAZIENTE

(ART.2, COMMI 1-TER, 2 E 2-BIS L.R.32/2007 E S.M.I.)

INDIRIZZO DELL'ATTIVITA'	
<input type="checkbox"/> STUDIO DI PROFESSIONE SANITARIA	
Via/piazza _____	n. _____
Comune _____	prov. [][] C.A.P. [][][][][][]
Stato _____	Telefono fisso / cell. _____ fax. _____
EVENTUALE DENOMINAZIONE DELLO STUDIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE (se il richiedente è un professionista singolo o associato o Società Tra Professionisti)	

RAGIONE SOCIALE (se il richiedente è una Società) _____

IDENTIFICATIVI CATASTALI

Foglio n. _____ map. _____ (se presenti) sub. _____ sez. _____

Catasto: fabbricati

1. SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA' ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA

Il/la sottoscritto/a in qualità di:

- titolare di ditta individuale
- titolare e delegato di studio associato
- legale rappresentante della Società Tra Professionisti

SEGNALA L'ESERCIZIO dell'attività sanitaria ai sensi dell'art.2 commi 1-ter, 2 e 2-bis della L.R.32/2007 e s.m.i.

TIPOLOGIA DI ATTIVITA' SANITARIA coerente con il Manuale di autorizzazione:

- _____ (scelta effettuata secondo un menù a tendina in relazione alla tipologia necessaria con la possibilità di fare scelte multiple)

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI EROGATE:

- _____

DICHIARAZIONI SUL POSSESSO DEI REQUISITI DI ONORABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni (art. 76 del DPR 445 del 2000 e Codice penale e art. 19, comma 6, della L. n. 241 del 1990), sotto la propria responsabilità,

dichiara:

- Di essere a conoscenza che è vietata la realizzazione di strutture sanitarie o socio sanitarie non compatibili con gli strumenti della programmazione sanitaria regionale previsti dalla L.R. 32 del 2007 (Piano sanitario Regionale, piani stralci, atto del fabbisogno) e che le stesse strutture devono rispettare i requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici previsti nel manuale di autorizzazione.
- che, ai sensi dell'art. 5-ter della L.R. 32/2007 nel testo vigente:
 - di non essere stato condannato, con sentenza definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 416-bis e 416-ter del codice penale o per delitto di associazione di cui all'articolo 74 del T.U. n. 309 del 1990 per un delitto di cui all'articolo 73 del citato T.U., o per un delitto

concernente la fabbricazione, l'importazione, l'esportazione, la vendita o la cessione, l'uso o il trasporto di armi, munizioni o materie esplodenti, o per il delitto di favoreggiamento personale o reale commesso in relazione ai predetti reati;

- di non essere stato condannato, con sentenza definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 314, 316, 316-bis, 316-ter, 317, 318, 319, 319-ter, 320, 356, 640 comma II, 640-bis del codice penale;

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, che l'attività è svolta nel rispetto di quanto previsto dall' articolo 4 della L.R. 32/2007 e s.m.i. recante: Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

ALTRE DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- che presso lo studio sono erogate prestazioni sanitarie che utilizzano procedure mediche, terapeutiche 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, come da elenco allegato 1 (DGR 344 del 13/06/2024);
- 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 (d.Lgs. 81/2008) in relazione a:
 - valutazione dei rischi;
 - designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei rischi (RSPP);
 - nomina del medico competente se previsto;
 - adempimento degli obblighi di informazione, formazione e addestramento di cui agli artt.36 e 37;
 - 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) redatto ai sensi dell'art.28 del d.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;
- che nello studio sopra indicato:

NON OPERANO altri professionisti medici/non medici;

OPERANO i seguenti professionisti medici/non medici:

1. dott/dott.ssa _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____ laureato/a in
_____ con specializzazione in
_____ iscritto/a all'Albo degli
_____ della Provincia di _____ con
numero d'Ordine _____;

(il sopra espresso dato deve essere replicabile per n. professionisti)

ognuno dei quali ha trasmesso al SUAP competente analoga Segnalazione di Inizio Attività i cui estremi sono:

1. protocollo _____ data _____;

(il sopra espresso dato deve essere replicabile per n. professionisti)

- 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, tratte dal Manuale di Autorizzazione;
- nel caso di strutture soggette alla normativa di prevenzione incendi (D.P.R- 151/2011), di aver provveduto alla valutazione dei rischi d'incendio ed alla adozione delle conseguenti misure di prevenzione e protezione secondo i D.M. 01/09/2021, 02/09/2021 e 03/09/2021 ottemperando alle necessarie SCIA/Comunicazioni in ambito SUAP V.V.F.;
- di rispettare le norme relative alla destinazione d'uso dei locali;
- di essere in possesso del seguente titolo giuridico di disponibilità della sede (allegare titolo):
 - PROPRIETA'
 - LOCAZIONE, estremi di registrazione presso Agenzia delle Entrate;
 - ALTRO, estremi di registrazione presso Agenzia delle Entrate;
- che l'immobile è dotato del Certificato di Agibilità / Segnalazione Certificata dell'Agibilità protocollo n. _____ del _____;
- che l'immobile è conforme alla normativa di protezione antisismica, alla data di ottenimento dell'agibilità, come rilevabile dalla documentazione in atti del Certificato di Agibilità / Segnalazione Certificata dell'Agibilità suindicato/a.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre:

- di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato

2. Riduzione/l'ampliamento/la trasformazione/il trasferimento di locali

Il/la sottoscritto/a

- titolare di ditta individuale
- titolare e delegato di studio associato
- legale rappresentante STP

SEGNALA:

- la RIDUZIONE
- l'AMPLIAMENTO
- la TRASFORMAZIONE
- il TRASFERIMENTO

della/del

- struttura sanitaria o socio-sanitaria denominata _____
- studio di professione sanitaria denominato _____

Inserire le fattispecie che ricorrono:

- LA RIDUZIONE QUALITATIVA (diminuzione di attività sanitarie)
- L'AMPLIAMENTO QUALITATIVO (aggiunta di attività sanitarie)

- LA TRASFORMAZIONE QUALITATIVA (variazione di attività sanitarie)
 IL TRASFERIMENTO DELLA STRUTTURA DA VIA _____ LOCALITÀ _____
a VIA _____ LOCALITÀ _____

A TAL FINE DICHIARA:

che intervengono/ sono intervenute le modifiche di seguito indicate comunque conformi ai requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa regionale e che consentono il mantenimento dell'autorizzazione.

Tali modifiche comportano le seguenti variazioni: (gli elaborati tecnici sono negli allegati e sempre obbligatori specifica quando riguarda ampliamento se si tratta di variazioni sostanziali che richiedono autorizzazione ex art.3 e dunque domanda in bollo ovvero variazioni non sostanziali che potrebbero esulare dall'iter della L.R. 32/2007)

1) attività sanitarie aggiunte _____ (da scegliere tramite menù a tendina tra l'elenco delle strutture sanitarie con scelta anche multipla)

2) superficie della struttura da mq |_|_|_|_|_| a mq |_|_|_|_|_|

3. Cessazione totale di attività

Il/la sottoscritto/a

- titolare di ditta individuale
 titolare e delegato di studio associato
 legale rappresentante STP

SEGNALA:

la CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ a far data dal _____

4. Sospensione dell'attività

Il/la sottoscritto/a

- titolare di ditta individuale
 titolare e delegato di studio associato
 legale rappresentante STP

SEGNALA:

la SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ a far data dal _____ alla data del _____

5. Parziale cessazione di attività relativa al ramo / branca

Il/la sottoscritto/a

- titolare di ditta individuale
 titolare e delegato di studio associato

legale rappresentante STP

SEGNALA:

la **SOSPENSIONE PARZIALE DELL'ATTIVITÀ** a far data dal _____ alla data del _____ limitatamente alla seguente specialistica medica:

Il/la sottoscritto/a presenta le segnalazioni e/o comunicazioni indicate nel quadro riepilogativo allegato.

SCIA DI ESERCIZIO + SCIA AFFERENTI ALTRI PROCEDIMENTI NECESSARI;

SCIA DI ESERCIZIO + DOMANDA PER IL RILASCIO DI ALTRE AUTORIZZAZIONI:

Il/la sottoscritto/a presenta richiesta di acquisizione, da parte dell'Amministrazione, delle autorizzazioni indicate nel quadro riepilogativo allegato.

Il/la sottoscritto/a è consapevole di non poter iniziare l'attività fino al rilascio dei relativi atti di assenso, che verrà comunicato dallo Sportello Unico.

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 (art. 75 del DPR 445 del 2000).

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n .2016/679 del 27 aprile 2016)³

Il Reg. UE n. 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 _____ (nella figura dell'organo individuato quale titolare)

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.⁴ 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 persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici.

Destinatari dei dati. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto 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 _____⁵

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha inoltre il 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.

³ Nel caso di piattaforme telematiche l'informativa sul trattamento dei dati personali può essere resa disponibile tramite apposito link (da indicare) o pop up o altra soluzione telematica.

⁴ Le finalità del trattamento possono essere ulteriormente specificate in relazione ai settori di intervento.

⁵ Indicazione eventuale

Quadro riepilogativo della documentazione allegata

DOCUMENTAZIONE E SEGNALAZIONE ALLEGATE	
Allegato	Denominazione
✓	Procura/delega
✓	Copia del documento di identità dell/i titolare/i
✓	Copia del progetto architettonico che deve garantire il rispetto dei requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici dettagliati nel Manuale di Autorizzazione e, in particolare, planimetria della struttura in scala 1:100, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, quotata, riportante la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, le altezze, la superficie netta, i rapporti areanti ed illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari, il lay-out comprovante l'abbattimento delle barriere architettoniche, le dimensioni di porte e finestre
✓	Dichiarazione di conformità degli impianti ex D.M. 37/2008
<input type="checkbox"/>	Certificato di Prevenzione Incendi / Segnalazione Certificata di Prevenzione incendi (OVE RICORRENTE)
<input type="checkbox"/>	Relazione descrittiva delle modalità di sterilizzazione della strumentazione utilizzata (OVE EFFETTUATA IN PROPRIO)
<input type="checkbox"/>	Relazione sull'approvvigionamento delle strumentazioni utilizzate (IN CASO DI SERVIZIO ESTERNO DI STERILIZZAZIONE)

<input type="checkbox"/>	Elenco delle apparecchiature utilizzate da ogni singolo professionista (NEI CASI RICORRENTI)
<input type="checkbox"/>	Elenco del personale impiegato (NEI CASI RICORRENTI)
✓	Copia dell'Atto Costitutivo e dello Statuto per Società tra professionisti o Studio Associato
<input type="checkbox"/>	Copia del contratto di smaltimento dei rifiuti speciali a nome del soggetto che effettua la comunicazione (OVE RICHIESTO DALLA TIPOLOGIA DI ATTIVITA' SVOLTA)
<input type="checkbox"/>	Eventuali documenti attestanti il possesso dei requisiti dichiarati del Manuale e non già a disposizione della Pubblica Amministrazione. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il code paragrafo ed il numero del requisito

ALTRE SEGNALAZIONI O COMUNICAZIONI PRESENTATE IN ALLEGATO ALLA SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ

Allegato	Denominazione

SCIA + DOMANDA PER IL RILASCIO DI ALTRE AUTORIZZAZIONI

**RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI ALTRE AUTORIZZAZIONI PRESENTATA
CONTESTUALMENTE ALLA SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ**

Allegato	Denominazione
	Domanda di autorizzazione diversa dalla L.R.32/2007

ALTRI ALLEGATI (attestazioni relative al versamento di oneri, diritti, ecc, e dell'imposta di bollo)

Allegato	Denominazione
<input type="checkbox"/>	Attestazione del nella misura di Euro 60 più euro 0,60 a mq. della superficie complessiva della struttura versamento a favore della ASL (parere ASL) - PAGO PA
<input type="checkbox"/>	Attestazione del versamento di oneri, di diritti, ecc. SUAP Competente alla ricezione della segnalazione certificata di inizio attività

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n .2016/679 del 27 aprile 2016)⁶

Il Reg. UE n. 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 _____
(nella figura dell'organo individuato quale titolare)

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.⁷ 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 persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici.

Destinatari dei dati. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto 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 di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha inoltre il 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.

Titolare del trattamento: Suap di _____

nella Persona del _____ Indirizzo mail/pec _____

Responsabile della protezione dati:

nella Persona del _____ Indirizzo mail/pec _____

Responsabile del trattamento dei dati nella Persona del _____

Indirizzo mail/pec _____

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

Nel caso di piattaforme telematiche l'informativa sul trattamento dei dati personali può essere resa disponibile tramite apposito link (da indicare) o pop up o altra soluzione telematica.

Le finalità del trattamento possono essere ulteriormente specificate in relazione ai settori di intervento. Indicazione eventuale.

Data _____ Firma _____