

## Allegato 1

### Modello di comunicazione di apertura/trasferimento studi a cura del MMG/PdF

Agli Uffici Amministrativi competenti per zona

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo (via/piazza) \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
C.F. / p.IVA \_\_\_\_\_ Cod. Regionale \_\_\_\_\_  
iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### COMUNICA

ai sensi dell'art 35 comma 3 ACN MMG ed art. 34 comma 3 ACN PdF

- apertura
- trasferimento
- altro (da specificare) \_\_\_\_\_

di uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui al rispettivo ACN di:

- MMG
- PdF

posto in \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_  
(scala \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_) telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

in cui effettuerà le proprie prestazioni

- singolarmente
- in regime di associazione con altri colleghi

DICHIARA CHE PRESSO LA SUDETTA STRUTTURA

- non opera alcun personale
- svolgono attività con contratto per lo studio medico n° \_\_\_\_\_ persone, anche saltuariamente, con mansioni di:
  - segreteria
  - assistenza infermieristica
  - altro \_\_\_\_\_

svolgono attività non in rapporto con lo studio medico convenzionato n° \_\_\_\_\_  
persone, anche saltuariamente, con mansioni di:

professionista sanitario non medico (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

DICHIARA INOLTRE CHE:

i locali sono rispondenti a quanto previsto dall'ACN ai sensi dell'art. 36 commi 3 e 4  
MMG e art. 35 commi 3 e 4 PdF:

gli ambienti sono adibiti esclusivamente ad uso di studio medico

gli ambienti sono inseriti in un appartamento di civile abitazione con locali  
appositamente dedicati

SI  NO

lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie  
soggette ad autorizzazione

SI  NO

se SI,

lo studio ha ingresso indipendente  
non c'è comunicazione fra le due strutture  
indicare quali sono le attività \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

che la struttura rispetta l'applicazione dei Regolamenti Comunali dell'Edilizia e d'Igiene;

Al fine di favorire l'attività di controllo dell'Azienda, allega alla presente la piantina  
della struttura oltre che l'orario esposto all'ingresso dello studio medico oggetto della  
dichiarazione e di eventuali altri studi.

Dichiara infine, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n° 196, di essere informato  
che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con  
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la  
presente dichiarazione viene resa.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma Medico Convenzionato  
\_\_\_\_\_