

## Allegato 1

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

Agli Uffici Amministrativi competenti per zona

Il sottoscritto dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ C.F./p.IVA \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Cod.Regionale \_\_\_\_\_

ai sensi

dell'art 33 comma 7 ACN MMG

dell'art. 31 comma 7 ACN PdF

#### COMUNICA

apertura

trasferimento

altro (da specificare) \_\_\_\_\_

di uno studio professionale  principale oppure  secondario, idoneo secondo le prescrizioni di cui al rispettivo ACN posto nel Comune di \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

n.civico \_\_\_\_\_ (scala \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_) telefono \_\_\_\_\_

Casa della Salute sì \_\_\_\_\_ / no Casa della Comunità sì \_\_\_\_\_ / no in cui effettuerà le proprie prestazioni

senza aderire a una delle forme associative previste da ACN/AIR

aderendo ad una delle forme associative previste da ACN/AIR \_\_\_\_\_  
(indicare la tipologia)

#### **Autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445**

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

Contestualmente alla comunicazione di cui sopra, il sottoscritto, consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

#### **Dichiara sotto la propria responsabilità che presso la suddetta struttura**

non opera alcun personale

svolgono attività in favore del medico convenzionato n° \_\_\_\_\_ persone, anche saltuariamente, con mansioni di

segreteria

assistenza infermieristica

altro (specificare) \_\_\_\_\_

svolgono attività non in favore del medico convenzionato n° \_\_\_\_ persone, anche saltuariamente, con mansioni di

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

altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre che:**

i locali sono rispondenti a quanto previsto dall'ACN MMG ai sensi dell'art. 35 e dall'ACN PdF ai sensi dell'art. 33:

gli ambienti sono adibiti esclusivamente ad uso di studio medico

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

NO

SI

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

SI

NO

**se SI,**

lo studio ha ingresso indipendente

non c'è comunicazione con le restanti parti della struttura

indicare quali sono le attività \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Allega alla presente

1. la **planimetria** completa della struttura, con indicazione dello studio utilizzato oggetto della presente dichiarazione
2. l'**orario** esposto all'ingresso dello studio medico oggetto della presente dichiarazione e di eventuali altri studi.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento Europeo 2016/679 GDPR, con la sottoscrizione del presente modulo, acconsento al trattamento dei dati personali forniti all'Azienda USL Toscana Centro per il procedimento di cui all'oggetto, che potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento

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

Timbro e Firma Medico Convenzionato

\_\_\_\_\_