



## Amministrazione destinataria

Comune di Alatri

## Ufficio destinatario

## COMUNICAZIONE:

subingresso in attività

**Comunicazione per il subingresso 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**

## Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	
Residenza		Cittadinanza	
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

**in qualità di** (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo	Tipologia	
Denominazione/Ragione sociale		
Sede legale	Tipologia	
Provincia	Comune	Indirizzo
Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP		
Codice Fiscale	Partita IVA	
Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)	Provincia	Numero iscrizione

## domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

### in relazione all'attività di

#### Attività svolta

- studio medico
- studio odontoiatrico
- altra professione sanitaria

Descrizione altra professione sanitaria

#### Tipologia di prestazioni erogate

### in precedenza avviata tramite

#### Titolo autorizzativo

- autorizzazione, concessione o nulla osta
- SCIA o comunicazione
- altro (specificare)

Protocollo

Data

Ente di riferimento

COMUNICA

### il subingresso nell'attività a

#### Denominazione/Ragione sociale

Tipologia

#### Sede legale

Provincia  Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

#### Codice Fiscale

Partita IVA

#### A far tempo dal giorno

- avvio dell'attività contestuale
- avvio dell'attività con decorrenza dal (specificare)
- reintestazione (senza inizio attività)

#### A seguito di (da non compilare in caso di reintestazione)

Specificare altre cause

#### Registrazione atto

- l'atto di registrazione è in corso di registrazione, pertanto allega dichiarazione da parte del notaio
- l'atto di registrazione è stato registrato

Numero atto di registrazione

Data atto di registrazione

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e Codice Penale), sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159, "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia")
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato
- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalla legge
- che presso lo studio sono erogate prestazioni sanitarie che utilizzano procedure mediche, terapeuti che 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
- 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 persona dipendente o assimilabile, il rispetto della normativa in materia di tutela della salute e della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in relazione a
  - valutazione dei rischi
  - designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei rischi
  - nomina del medico competente se previsto
  - adempimento degli obblighi di informazione, formazione e addestramento
  - 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 pronto soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza di cui al Documento di valutazione dei rischi (DVR)
- 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
- di rispettare le norme relative alla destinazione d'uso dei locali
- di essere in possesso del seguente titolo giuridico di disponibilità della sede

proprietà

locazione

**Estremi di registrazione presso l'Agenzia delle Entrate**

altro

**Estremi di registrazione presso l'Agenzia delle Entrate**

**possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività**

(da compilare in caso di subingresso nell'attività)

**Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali**

- unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- oltre al sottoscrittente ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modulo "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")

**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 (articolo 75 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445).

**referente per la pratica**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- dichiarazione da parte del notaio
- dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.