

**MODELLO 3
MANTENIMENTO REQUISITI STUDIO AUTORIZZATO**

studio professionale singolo/ associato/StP

Al Comune di _____

**OGGETTO: VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIA
PER STUDIO AUTORIZZATO**

1) Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo posta elettronica certificata _____

2) Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo Pec _____

3) in caso di studio associato ripetere n° volte per ogni singolo componente lo studio professionale associato o società tra professionisti.

oppure

Il sottoscritto legale rappresentante pro tempore _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo Pec _____

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole/i della responsabilità penale cui può/possono andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, così come disposto dagli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. 445/2000

in relazione al proprio studio professionale

- odontoiatrico
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia
- medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia
- prestazioni di diagnostica strumentale invasiva finalizzate alla refertazione per terzi
- prestazioni erogate da altre professioni sanitarie finalizzate all'accreditamento
- prestazioni erogate da società tra professionisti finalizzate all'accreditamento

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____

DICHIARA/DICHIARANO

che lo studio ha mantenuto i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali e specifici di cui all'allegato C del regolamento emanato con D.P.G.R. 17 novembre 2016, n. 79/R ss.mm.ii.

Il/i sottoscritto/i dichiara/no inoltre ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informato/i 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.

data.....

firma¹
.....
.....

¹ In caso di studio associato, firma di ogni singolo componente lo studio professionale oppure firma del legale rappresentante.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.