

**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.....

firma<sup>1</sup> .....  
.....  
.....

<sup>1</sup> 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.