

**CONTENUTO:**

Modulistica:

- modello 0 SCIA SEMPLIFICATA
- modello 1 domanda per autorizzazione studio professionale
- modello 2 domanda per autorizzazione studio professionale associato e società tra professionisti (STP)
- modello 3 mantenimento requisiti studio professionale autorizzato singolo/associato/STP
- modello 4 SCIA segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) studio professionale: avvio/trasferimento
- modello 5 segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) studio professionale: ampliamento/riduzione attività - ampliamento/riduzione/trasformazione locali
- modello 6 modello segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) studio professionale associato/STP: avvio/trasferimento
- modello 7 modello segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) studio professionale associato/STP: ampliamento/riduzione attività - ampliamento/riduzione/trasformazione locali
- modello 9 dichiarazione sostitutiva sospensione attività
- modello 10 dichiarazione sostitutiva ripresa attività

**MODELLO 0**  
**SCIA SEMPLIFICATA**  
**AVVIO/TRASFERIMENTO**  
**studio professionale**  
**medico**

Al Comune di

.....

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' per STUDIO PROFESSIONALE MEDICO**  
(Regolamento 17 novembre 2016 n. 79/R e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**in relazione allo studio professionale**

MEDICO   
nella disciplina: \_\_\_\_\_

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

**i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso**

ESCLUSIVO

NON ESCLUSIVO

**SEGNALA**

L' AVVIO ATTIVITA'

IL TRASFERIMENTO SEDE

indirizzo nuova sede \_\_\_\_\_

SEGNALAZIONE STUDIO GIA' ATTIVO  
ai sensi del regolamento Regolamento 11 agosto 2020, n. 85/R

Aperto in data \_\_\_\_\_

**a tal fine ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole della responsabilità penale cui può 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**

**DICHIARA**

che lo studio professionale possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato C del regolamento D.P.G.R. 79/R del 17 Novembre 2016 e sue successive modifiche e integrazioni.

- in caso di Attività EuNT - "Studi non dotati di Servizio Trasfusionale che utilizzano emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale", di procedere alla stipula di specifica convenzione con l'azienda sanitaria in cui opera il servizio trasfusionale di riferimento (D.M. 2/11/2015 - DGR 1421/2016)

**DICHIARA ALTRESI'**

**1**

estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri di tutti i medici		
NOME E COGNOME	ORDINE PROVINCIA DI	N. ALBO DEI MEDICI E CHIRURGHI

**2** il possesso della dichiarazione di conformità degli impianti ex L. 46/90 oppure D.M. 37/2008 completa degli allegati obbligatori, ove presenti;

**3**

estremi del certificato di agibilità con destinazione d'uso oppure estremi dell'attestazione pervenuta in comune ai sensi dell'art. 86 della L.R. 1/2005			
certificato di agibilità		attestazione pervenuta in comune ai sensi dell'art. 86 della L.R. 1/2005	
NUMERO	DATA	NUMERO	DATA

**4** nel caso di presenza di personale dipendente o assimilabile, il rispetto della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008) in relazione a:

- valutazione dei rischi
- designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei rischi
- nomina del medico competente se prevista
- designazione dei lavoratori incaricati all'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza
- adempimento degli obblighi di informazione, formazione e addestramento di cui agli artt. 36 e 37.

**ALLEGA**

1. planimetria catastale con attestazione di conformità rilasciata da un tecnico abilitato alla presentazione degli atti di aggiornamento catastale
2. autocertificazione degli adempimenti e dei controlli svolti sulle attrezzature sanitarie presenti, con riferimento specifico alla messa a terra;
3. relazione, asseverata da un medico igienista o da un tecnico con esperienza almeno triennale nell'ambito dei processi di sterilizzazione o dal tecnico installatore dell'apparecchiatura di sterilizzazione, descrittiva delle modalità di sterilizzazione e degli indicatori di processo e di efficacia di cui lo studio è dotato
4. lista di autovalutazione

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.

data .....

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

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 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



<b>MODELLO 1</b>
<b>DOMANDA AUTORIZZAZIONE</b>
<b>studio professionale</b>

Al Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE per STUDIO PROFESSIONALE**  
(Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/Rss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo Pec \_\_\_\_\_

**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

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009 n. 51 il rilascio dell'autorizzazione come di seguito specificato:

- APERTURA**

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione, attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine di tutti i professionisti operanti nello studio;
2. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000, comprovante la disponibilità dei locali;
3. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
4. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione dello studio;
5. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
6. inventario delle attrezzature sanitarie;
7. elenco del personale;
8. liste di autovalutazione;

**□ AMPLIAMENTO ATTIVITA' □ RIDUZIONE ATTIVITA' □ TRASFORMAZIONE ATTIVITA'**

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche/ impiantistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività
organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale,, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione dell'attività

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste che espliciti le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

**□ AMPLIAMENTO LOCALI □ RIDUZIONE LOCALI □ TRASFORMAZIONI INTERNE <sup>1</sup>**

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche/ impiantistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali
organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione/trasformazioni interne dei locali.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

**□ TRASFERIMENTO SEDE**

1

<sup>1</sup> Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.51/2009 art.20, comma c)

Indirizzo nuova sede \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

### VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche/ impiantistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie
organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale

### ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione della nuova sede;
2. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
3. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000, comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

### DICHIARA

- che le attività oggetto della domanda di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto viene presentata contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95
- che le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e di essere già in possesso dell'autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95 n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.
- che le attività oggetto della domanda di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive
- in caso di Attività EuNT - "Studi non dotati di Servizio Trasfusionale che utilizzano emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale", di procedere alla stipula di specifica convenzione con l'azienda sanitaria in cui opera il servizio trasfusionale di riferimento (D.M. 2/11/2015 - DGR 1421/2016)

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.

data .....

..... Firma <sup>2</sup>

**MODELLO 2  
DOMANDA AUTORIZZAZIONE**

**studio professionale associato  
e società tra professionisti**

Apporre  
marca da  
bollo

Al Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE per STUDIO ASSOCIATO E STP**  
(Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R ss.mm.ii)

**1) Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo Pec \_\_\_\_\_

**2) ripetere 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 \_\_\_\_\_

**in relazione allo studio professionale associato**

- 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° \_\_\_\_\_

**CHIEDONO/CHIEDE**

**ai sensi della L.R. 5 agosto 2001 n. 51 il rilascio dell'autorizzazione come di seguito specificato:**

**APERTURA**

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione, attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine di tutti i professionisti operanti nello studio;
2. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000, comprovante la disponibilità dei locali;
3. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
4. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione dello studio;
5. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
6. inventario delle attrezzature sanitarie;
7. elenco del personale;
8. liste di autovalutazione;

**AMPLIAMENTO ATTIVITA'**    **RIDUZIONE ATTIVITA'**    **TRASFORMAZIONE ATTIVITA'**

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche/ impiantistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività
organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione dell'attività

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste che espliciti le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione.;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

**AMPLIAMENTO LOCALI**    **RIDUZIONE LOCALI**    **TRASFORMAZIONI INTERNE** <sup>1</sup>

1

<sup>1</sup> Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.51/2009 art.20, comma c)

## VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche/ impiantistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali
organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione/trasformazioni interne dei locali.

### ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

### TRASFERIMENTO SEDE

Indirizzo nuova sede \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

## VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche/ impiantistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie
organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale

### ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione della nuova sede;
2. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
3. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000, comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

### DICHARANO/DICHIARA

che le attività oggetto della domanda di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto viene presentata contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95

che le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e di essere già in possesso dell'autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95 n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

che le attività oggetto della domanda di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive

in caso di Attività EuNT - “Studi non dotati di Servizio Trasfusionale che utilizzano emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale”, di procedere alla stipula di specifica convenzione con l’azienda sanitaria in cui opera il servizio trasfusionale di riferimento (D.M. 2/11/2015 - DGR 1421/2016)

Il/la sottoscritto/a dichiara/dichiarano/dichiarano inoltre ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informati/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>2</sup>

.....  
.....  
.....

<sup>2</sup> Firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato 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

<b>MODELLO 3</b> <b>MANTENIMENTO REQUISITI STUDIO AUTORIZZATO</b>
<b>studio professionale singolo/ associato/StP</b>

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.

**MODELLO 4  
SCIA  
AVVIO/TRASFERIMENTO  
studio professionale**

Al Comune di

.....

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO**  
(Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**in relazione allo studio professionale**

MEDICO (specificare la disciplina \_\_\_\_\_)

ODONTOIATRICO

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

**i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso**

ESCLUSIVO

NON ESCLUSIVO

**SEGNALA**

L'AVVIO ATTIVITA'

lo studio avvia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività indicate nel Catalogo Regionale e contrassegnate dalla lettera "M"

lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

IL TRASFERIMENTO SEDE

indirizzo nuova sede \_\_\_\_\_

**a tal fine ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole della responsabilità penale cui può 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**

### DICHIARA

- che lo studio professionale possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato C del regolamento D.P.G.R. 79/R del 17 Novembre 2016 e sue successive modifiche e integrazioni
- in caso di Attività EuNT - "Studi non dotati di Servizio Trasfusionale che utilizzano emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale", di procedere alla stipula di specifica convenzione con l'azienda sanitaria in cui opera il servizio trasfusionale di riferimento (D.M. 2/11/2015 - DGR 1421/2016)

### DICHIARA ALTRESI'

1

estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio			
NOME E COGNOME	ORDINE PROVINCIA DI	N. ALBO DEI MEDICI E CHIRURGHI	N. ALBO DEGLI ODONTOIATRI

2

titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante			
NOME E COGNOME	TITOLO CONSEGUITO	PRESSO	DATA

3 l'avvenuta effettuazione delle prove di accettazione e collaudo degli apparecchi elettromedicali e dichiarazione CE di conformità ai sensi della Direttiva Dispositivi Medici;

4 il possesso della dichiarazione di conformità degli impianti ex L. 46/90 oppure D.M. 37/2008 completa degli allegati obbligatori;

5

estremi del certificato di agibilità con destinazione d'uso oppure estremi dell'attestazione pervenuta in comune ai sensi dell'art. 86 della L.R. 1/2005			
certificato di agibilità		attestazione pervenuta in comune ai sensi dell'art. 86 della L.R. 1/2005	
NUMERO	DATA	NUMERO	DATA

6

nel caso di studio odontoiatrico, se presente apparecchio radiogeno ( RX endorale) estremi della comunicazione preventiva di pratica con relativa relazione di radioprotezione preventiva da parte dell'esperto qualificato oppure nome del soggetto che ha effettuato la comunicazione nel caso sia diverso dal titolare dello studio	
ESTREMI COMUNICAZIONE	NOME E COGNOME

7

nel caso di studio odontoiatrico, se presente apparecchio radiogeno ( RX endorale) gli estremi della denuncia di detenzione di apparecchiatura radiogena all'Archivio radiologico toscano se già presentata oppure nome del soggetto che ha effettuato la comunicazione nel caso sia diverso dal titolare dello studio	
ESTREMI COMUNICAZIONE	NOME E COGNOME

8 nel caso di presenza di personale dipendente o assimilabile, il rispetto della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008) in relazione a:

- valutazione dei rischi
- designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei rischi
- nomina del medico competente se prevista

- designazione dei lavoratori incaricati all'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza
- adempimento degli obblighi di informazione, formazione e addestramento di cui agli artt. 36 e 37.

### ALLEGA

- 1) planimetria, in scala 1:100 sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei locali completa di rapporti aeroilluminanti ed altezza, conforme alla normativa vigente;
- 2) inventario delle attrezzature sanitarie, con indicazione di marca, modello e matricola, anno di produzione ad eccezione dei beni mobili di valore non superiore al tetto vigente (ad oggi € 516,00);
- 3) relazione, asseverata da un medico igienista o da un tecnico con esperienza almeno triennale nell'ambito dei processi di sterilizzazione o dal tecnico installatore dell'apparecchiatura di sterilizzazione, descrittiva delle modalità di sterilizzazione e degli indicatori di processo e di efficacia di cui lo studio è dotato
- 4) lista di autovalutazione

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.

data .....

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

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 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

<b>MODELLO 5</b> <b>SCIA</b> <b>AMPLIAMENTO/RIDUZIONE ATTIVITA'</b> <b>AMPLIAMENTO/RIDUZIONE/</b> <b>TRASFORMAZIONE LOCALI</b>
<b>studio professionale</b>

Al Comune di

.....

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'**  
(Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

**in relazione allo studio professionale**

MEDICO  ODONTOIATRICO  DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE NON ACCREDITATO

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

**i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso**

ESCLUSIVO

NON ESCLUSIVO

**SEGNALA**

L'AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA'

lo studio amplia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività indicate nel Catalogo Regionale e contrassegnate dalla lettera "M"

lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

LA RIDUZIONE ATTIVITA'

lo studio cessa le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività indicate nel Catalogo Regionale e contrassegnate dalla lettera "M"

lo studio cessa le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

AMPLIAMENTO LOCALI     RIDUZIONE LOCALI     TRASFORMAZIONE LOCALI <sup>1</sup>

ALLEGA

1. planimetria, in scala 1:100 sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei locali completa di rapporti aeroilluminanti ed altezza, conforme alla normativa vigente e idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.

data .....

.....  
firma<sup>2</sup>

1 Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R. 51/2009 art.20, comma c)  
2 Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 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

**MODELLO 6  
SCIA  
AVVIO/TRASFERIMENTO**

**studio professionale medico/  
odontoiatrico singolo o associato/  
società tra professionisti  
e di altre professioni sanitarie**

Al Comune di

.....

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'**  
(Regolamento 17 novembre 2016 n. 79/R e ss.mm.ii.)

**1)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_

**2)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_

**3)** 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 \_\_\_\_\_

**in relazione allo studio professionale o società tra professionisti**

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

**SEGNALANO/SEGNALA**

**L'AVVIO ATTIVITA'**

- lo studio avvia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività indicate nel Catalogo Regionale e contrassegnate dalla lettera "M"
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi
- lo studio avvia prestazioni erogate da altre professioni sanitarie non finalizzate all'accreditamento
- lo studio avvia prestazioni erogate da società tra professionisti non finalizzate all'accreditamento

per le seguenti discipline mediche

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

per le seguenti altre discipline sanitarie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IL TRASFERIMENTO SEDE**

indirizzo nuova sede \_\_\_\_\_

**a tal fine ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevoli/e della responsabilità penale cui possono/può 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**

**DICHIARANO/DICHIARA**

- che lo studio professionale possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato C del regolamento D.P.G.R. 79/R del 17 Novembre 2016 e sue successive modifiche e integrazioni.
- in caso di Attività EuNT - "Studi non dotati di Servizio Trasfusionale che utilizzano emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale", di procedere alla stipula di specifica convenzione con l'azienda sanitaria in cui opera il servizio trasfusionale di riferimento (D.M. 2/11/2015 - DGR 1421/2016)

## DICHIARANO /DICHIARA ALTRESI'

1

generalità dei professionisti che costituiscono lo studio associato

2

estremi di iscrizione all'Ordine		
NOME E COGNOME	ORDINE PROVINCIA DI	N. ALBO

3

titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante			
NOME E COGNOME	TITOLO CONSEGUITO	PRESSO	DATA

4 l'avvenuta effettuazione delle prove di accettazione e collaudo degli apparecchi elettromedicali e dichiarazione CE di conformità ai sensi della Direttiva Dispositivi Medici;

5 il possesso della dichiarazione di conformità degli impianti ex L. 46/90 oppure D.M. 37/2008 completa degli allegati obbligatori;

6

estremi del certificato di agibilità con destinazione d'uso oppure estremi dell'attestazione pervenuta in comune ai sensi dell'art. 86 della L.R. 1/2005			
certificato di agibilità		attestazione pervenuta in comune ai sensi dell'art. 86 della L.R. 1/2005	
NUMERO	DATA	NUMERO	DATA

7

nel caso di studio odontoiatrico, se presente apparecchio radiogeno ( RX endorale) estremi della comunicazione preventiva di pratica con relativa relazione di radioprotezione preventiva da parte dell'esperto qualificato oppure nome del soggetto che ha effettuato la comunicazione nel caso sia diverso dal titolare dello studio	
ESTREMI COMUNICAZIONE	NOME E COGNOME

8

nel caso di studio odontoiatrico, se presente apparecchio radiogeno ( RX endorale) gli estremi della denuncia di detenzione di apparecchiatura radiogena all'Archivio radiologico toscano se già presentata oppure nome del soggetto che ha effettuato la comunicazione nel caso sia diverso dal titolare dello studio	
ESTREMI COMUNICAZIONE	NOME E COGNOME

9 nel caso di presenza di personale dipendente o assimilabile, il rispetto della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008) in relazione a:

- valutazione dei rischi
- designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei rischi
- nomina del medico competente se prevista
- designazione dei lavoratori incaricati all'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza
- adempimento degli obblighi di informazione, formazione e addestramento di cui agli artt. 36 e 37.

## ALLEGANO/ALLEGA

1) planimetria, in scala 1:100 sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei locali completa di rapporti aeroilluminanti ed altezza, conforme alla normativa vigente;

- 2) inventario delle attrezzature sanitarie, con indicazione di marca, modello e matricola, anno di produzione ad eccezione dei beni mobili di valore non superiore al tetto vigente (ad oggi € 516,00);
- 3) relazione, asseverata da un medico igienista o da un tecnico con esperienza almeno triennale nell'ambito dei processi di sterilizzazione o dal tecnico installatore dell'apparecchiatura di sterilizzazione, descrittiva delle modalità di sterilizzazione e degli indicatori di processo e di efficacia di cui lo studio è dotato
- 4) lista di autovalutazione

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.

data

firma<sup>1</sup>

---

---

---

---

1 Firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato oppure firma del legale rappresentante.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 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

**MODELLO 7  
SCIA  
AMPLIAMENTO/RIDUZIONE ATTIVITA'  
AMPLIAMENTO/RIDUZIONE/  
TRASFORMAZIONE LOCALI**

**studio professionale medico/ odontoiatrico sin-  
golo o associato/ società tra professionisti  
e di altre professioni sanitarie**

Al Comune di

.....

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'**  
(Regolamento 17 novembre 2016 n. 79/R e ss.mm.ii.)

**1)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_

**2)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_

**3)** 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 \_\_\_\_\_

**in relazione allo studio professionale o società tra professionisti**

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

**SEGNALANO/SEGNALA**

**L'AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA'**

- lo studio amplia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività indicate nel Catalogo Regionale e contrassegnate dalla lettera "M"
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi
- lo studio amplia prestazioni erogate da altre professioni sanitarie non finalizzate all'accreditamento
- lo studio avvia prestazioni erogate da società tra professionisti non finalizzate all'accreditamento

**LA RIDUZIONE ATTIVITA'**

- lo studio cessa le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività indicate nel Catalogo Regionale e contrassegnate dalla lettera "M"
- lo studio cessa le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi
- lo studio cessa prestazioni erogate da altre professioni sanitarie non finalizzate all'accreditamento
- lo studio cessa prestazioni erogate da società tra professionisti non finalizzate all'accreditamento

**AMPLIAMENTO LOCALI**     **RIDUZIONE LOCALI**     **TRASFORMAZIONE LOCALI** <sup>1</sup>

**ALLEGANO/ALLEGA**

1. planimetria, in scala 1:100 sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei locali completa di rapporti aeroilluminanti ed altezza, conforme alla normativa vigente e idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.

data .....

firma<sup>2</sup>.....

1 Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R. 51/2009 art.20, comma c)

2 Firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato oppure firma del legale rappresentante.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 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

<b>MODELLO 9</b>
<b>SCIA</b>
<b>SOSPENSIONE ATTIVITA'</b>
<b>studio professionale</b>

Al Comune di.....

**OGGETTO: SOSPENSIONE ATTIVITA' STUDIO**  
(Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Indirizzo Pec \_\_\_\_\_

**in relazione al proprio studio professionale o società tra professionisti**

**COMUNICA**

**ai sensi della L.R. 5 agosto 2009, n. 51, e del DPGR 79/R e ss.mm.ii. la temporanea sospensione dell'attività.**

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.

data .....

.....  
Firma <sup>1</sup>

<sup>1</sup>

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 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

<b>MODELLO 10</b>  <b>SCIA</b>  <b>RIPRESA ATTIVITA'</b>
<b>studio professionale</b>

Al Comune di

**OGGETTO: SOSPENSIONE ATTIVITA'**  
(Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R ess.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo Pec \_\_\_\_\_

**(In caso di studio associato ripetere per ogni singolo componente lo studio professionale associato)**

**in relazione al proprio studio professionale o società tra professionisti**

ubicato a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

**ai sensi della L.R. 5 agosto 2009, n. 51, e del DPGR 79/R ss.mm.ii. la ripresa dell'attività.**

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.

data .....

.....  
Firma <sup>1</sup>

1

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 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