



**Amministrazione destinataria**

Stato Italiano

**Ufficio destinatario**

**SCIA:**

- ☐ SCIA avvio
- ☐ SCIA trasferimento di sede
- ☐ SCIA ampliamento
- ☐ SCIA trasformazione

**SCIA UNICA:**

- ☐ SCIA avvio + altre segnalazioni, comunicazioni e notifiche
- ☐ SCIA trasferimento di sede + altre segnalazioni, comunicazioni e notifiche
- ☐ SCIA ampliamento + altre segnalazioni, comunicazioni e notifiche
- ☐ SCIA trasformazione + altre segnalazioni, comunicazioni e notifiche

**SCIA CONDIZIONATA:**

- ☐ SCIA o SCIA UNICA avvio + altre domande
- ☐ SCIA o SCIA UNICA trasferimento di sede + altre domande
- ☐ SCIA o SCIA UNICA ampliamento + altre domande
- ☐ SCIA o SCIA UNICA trasformazione + altre domande

**Segnalazione certificata di inizio attività per l'esercizio di studi medici odontoiatrici e del le 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

Cittadinanza

Residenza

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

Denominazione/Ragione sociale

Tipologia

Sede legale

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

**con sede operativa in**

(in caso di trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale inserire la nuova sede operativa)

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")

il procedimento riguarda  ulteriori immobili

Eventuale denominazione dello studio (se il richiedente è un professionista singolo o associato o società tra professionisti)

**SEGNALA**

- ☐ l'avvio dell'attività
- ☐ la modifica dell'attività
- ☐ trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale
- ☐ ampliamento qualitativo (aggiunta di attività sanitarie)
- ☐ riduzione qualitativa (diminuzione di attività sanitarie)
- ☐ trasformazione qualitativa (variazione di attività sanitarie)

**in precedenza avviata tramite**

<b>Titolo autorizzativo</b>	<b>Protocollo</b>	<b>Data</b>	<b>Ente di riferimento</b>
<input type="radio"/> autorizzazione, concessione o nulla osta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> SCIA o comunicazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> altro (specificare) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 aver rispettato, relativamente ai locali di attività, i regolamenti locali di polizia urbana e di igiene e sanità, i regolamenti edilizi e le norme urbanistiche nonché quelle relative alle destinazioni d'uso, le norme in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro previste dal Decreto legislativo 09/04/2008, n. 81 e la normativa in materia di prevenzione incendi prevista dal Decreto del Presidente della Repubblica 01/08/2011, n. 151
- ☒ di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato
- ☒ 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 primo 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

☒ che l'immobile è dotato del certificato di agibilità o segnalazione certificata di agibilità

Numero protocollo

Data protocollo

Ente di riferimento

☒ che l'immobile è conforme alla normativa di protezione antisismica, alla data di ottenimento dell'agibilità, come rilevabile dalla documentazione in atti del certificato di agibilità o segnalazione certificata di agibilità

☐ che nello studio sopra indicato

(da compilare solo in caso di avvio o trasferimento dell'attività)

☐ non operano altri professionisti medici e non medici

☐ operano altri professionisti medici e non medici

☐ altro professionista medico o non medico

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Titolo di laurea

Specializzazione

Albo dell'ordine

Provincia

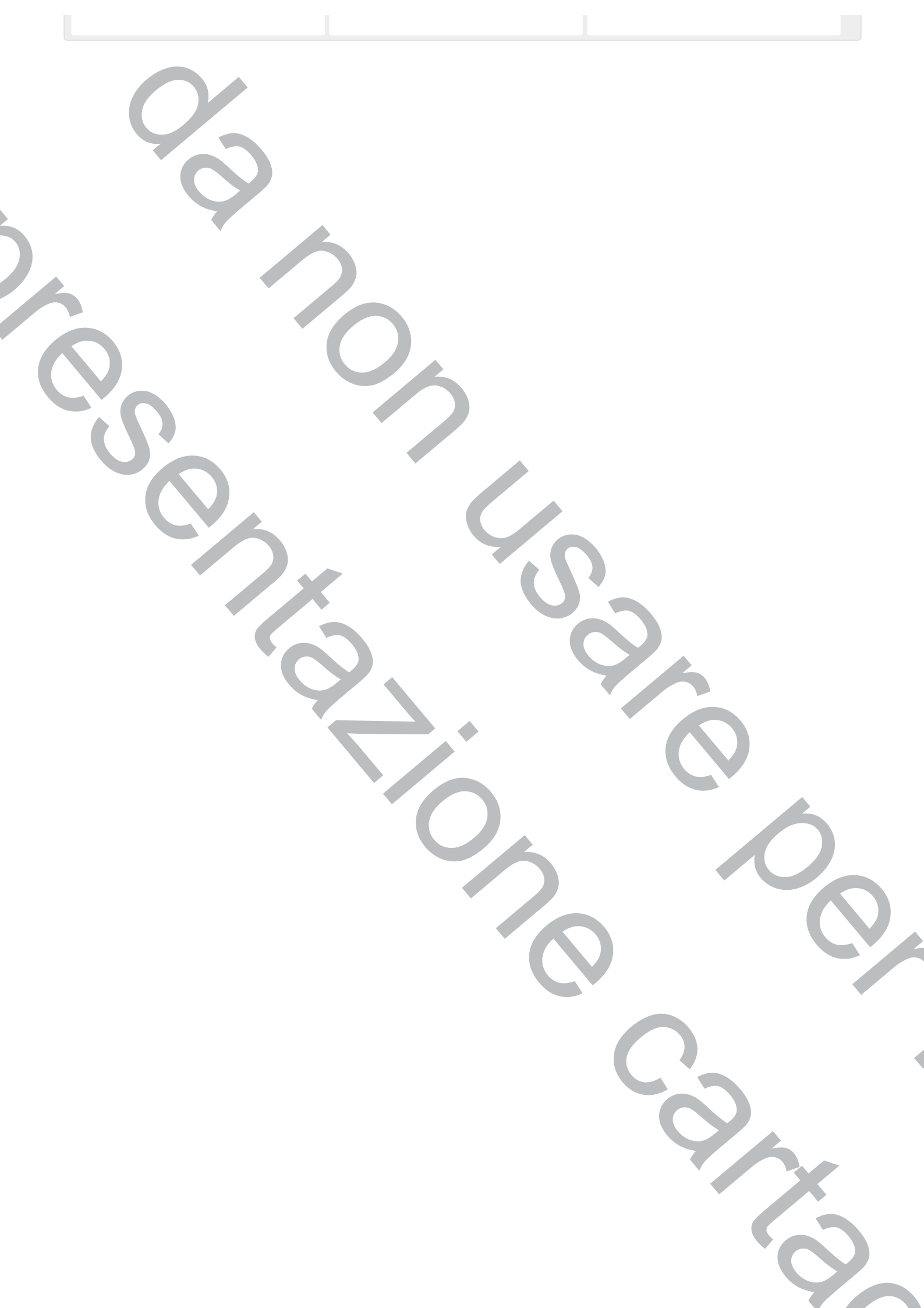
Numero di iscrizione

Il professionista ha trasmesso al SUAP competente analogo segnalazione certificata di inizio attività i cui estremi sono

Numero protocollo

Data protocollo

Ente di riferimento



☐ altro professionista medico o non medico

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Interno	Scala
				Piano	SNC
					CAP
				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Titolo di laurea		Specializzazione			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Albo dell'ordine				Provincia	Numero di iscrizione
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il professionista ha trasmesso al SUAP competente analogia segnalazione certificata di inizio attività i cui estremi sono					
Numero protocollo		Data protocollo		Ente di riferimento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

☐ altro professionista medico o non medico

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Interno	Scala
				Piano	SNC
					CAP
				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Titolo di laurea		Specializzazione			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Albo dell'ordine				Provincia	Numero di iscrizione
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il professionista ha trasmesso al SUAP competente analogia segnalazione certificata di inizio attività i cui estremi sono					
Numero protocollo		Data protocollo		Ente di riferimento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

## 1 - avvio dell'attività

Superficie complessiva

m<sup>2</sup>

## 2 - trasferimento della sede operativa

Collocazione precedente

P.T. o U.I.U.

Cod. cat.

Sezione

Foglio

Particella

Subalterno

Categoria

Visura

☐

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

☐

## 3 - ampliamento qualitativo

Attività sanitarie aggiunte

☐ studio medico

☐ studio odontoiatrico

☐ altra professione sanitaria

Descrizione altra professione sanitaria

Superficie complessiva

Da

A

m<sup>2</sup>

m<sup>2</sup>

## 4 - riduzione qualitativa

Attività sanitarie rimosse

☐ studio medico

☐ studio odontoiatrico

☐ altra professione sanitaria

Descrizione altra professione sanitaria

Superficie complessiva

Da

A

m<sup>2</sup>

m<sup>2</sup>

## 5 - trasformazione qualitativa

Attività sanitarie svolte prima della trasformazione

☐ studio medico

☐ studio odontoiatrico

☐ altra professione sanitaria

Descrizione altra professione sanitaria

Attività sanitarie svolte a seguito della trasformazione

☐ studio medico

☐ studio odontoiatrico

☐ altra professione sanitaria

Descrizione altra professione sanitaria

Superficie complessiva

Da

A

m<sup>2</sup>

m<sup>2</sup>

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

(da compilare in caso di avvio dell'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 sottoscrittore 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)")

## rischio incendio

### Assoggettabilità al possesso di titolo abilitativo per rischio incendio

- ☐ l'attività non rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi
- ☐ l'attività rientra nell'elenco di quelle soggette a segnalazione certificata di inizio attività
  - ☐ ha presentato segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)  
(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')

Protocollo

Data

Ente di riferimento

- ☐ presenta congiuntamente la documentazione per la segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)  
(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')

- ☐ l'attività rientra nell'elenco di quelle soggette a certificato di prevenzione incendi (CPI)
  - ☐ ha ottenuto certificato di prevenzione incendi (CPI)

Protocollo

Data

Ente di riferimento

- ☐ ha chiesto il rilascio del certificato di prevenzione incendi (CPI)  
(in caso di SCIA, la stessa sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')

Protocollo

Data

Ente di riferimento

- ☐ presenta separatamente la documentazione per il certificato di prevenzione incendi (CPI)  
(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')

- ☐ SCIA
- ☐ SCIA UNICA (SCIA + altre segnalazioni, comunicazioni e notifiche):  
Il/la sottoscritto/a presenta le segnalazioni e/o comunicazioni indicate nel quadro riepilogativo allegato.
- ☐ SCIA CONDIZIONATA (SCIA o SCIA unica + richiesta di autorizzazione):  
Il/la sottoscritto/a presenta richiesta di acquisizione, da parte dell'Amministrazione, delle autorizzazioni indicate nel quadro riepilogativo allegato.

Il/la sottoscritto/a è consapevole di non poter iniziare l'attività fino al rilascio dei relativi atti di assenso, che verrà comunicato dallo Sportello Unico.

**Nota bene:** Per le attività da svolgere su suolo pubblico, è necessario avere la relativa concessione

**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)*

- ☐ dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)
- ☒ copia del progetto architettonico che deve garantire il rispetto dei requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici e, in particolare, planimetria della struttura in scala 1:100, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, quotata, riportante la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, le altezze, la superficie netta, i rapporti areanti ed illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari, il lay-out comprovante l'abbattimento delle barriere architettoniche, le dimensioni di porte e finestre
- ☒ dichiarazione di conformità degli impianti
- ☐ relazione descrittiva delle modalità di sterilizzazione della strumentazione utilizzata  
*(se effettuata in proprio)*
- ☐ relazione sull'approvvigionamento delle strumentazioni utilizzate  
*(in caso di servizio esterno di sterilizzazione)*
- ☒ elenco delle apparecchiature utilizzate da ogni singolo professionista
- ☒ elenco del personale impiegato
- ☒ copia dell'atto costitutivo e dello statuto per società tra professionisti o studio associato
- ☐ copia del contratto di smaltimento dei rifiuti speciali a nome del soggetto che effettua la comunicazione  
*(ove richiesto dalla tipologia di attività svolta)*
- ☐ eventuali documenti attestanti il possesso dei requisiti dichiarati e non già a disposizione della Pubblica Amministrazione  
*(se in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso)*
- ☒ ricevuta dei diritti sanitari
- ☐ 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

**ALTRE SEGNALAZIONI O COMUNICAZIONI PRESENTATE IN ALLEGATO ALLA SCIA**

- ☐ SCIA prevenzione incendi  
*(in caso di esercizio con superficie totale lorda, comprensiva di servizi e depositi (ad esempio magazzini), superiore a 400 m<sup>2</sup>, o comunque se l'attività ricade in uno qualsiasi dei punti dell'Allegato I al Decreto del Presidente della Repubblica 01/08/2011, n. 151)*

**DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE PRESENTATE CONTESTUALMENTE ALLA SCIA O ALLA SCIA UNICA**

- ☐ documentazione per il rilascio dell'autorizzazione per l'installazione di mezzi pubblicitari
- ☐ pagamento dell'imposta di bollo

#### 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.