

Al Signor Sindaco del Comune di Palermo
igienesanita@cert.comune.palermo.it

Il/la sottoscritto/a

1. Dott. _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale: _____

residente a _____ (____) in via _____

2. Dott. _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale: _____

residente a _____ (____) in via _____

3. Dott. _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale: _____

residente a _____ (____) in via _____

in qualità di

☐ Titolare dello studio singolo/studio associato medico _____

☐ Socio della Società denominata _____
legalmente rappresentata dal Dott. _____

CHIEDE

Alla S.V. il rilascio, ai sensi del DA Sanità 9 agosto 2022 integrato dal DA n.741 del 04/07/2023 e dal DA n.20 del 09/01/2024, del provvedimento autorizzativo (barrare l'opzione che interessa):

☐ Apertura di uno studio medico/odontoiatrico

denominato _____ nei locali siti nel Comune
di _____ Via/Piazza _____ n. _____ piano _____

☐ Apertura di un ambulatorio medico/odontoiatrico denominato

_____ nei locali siti nel Comune di
_____ Via/Piazza _____ n. _____ piano _____

☐ Aggiornamento dell'Autorizzazione dello studio/ambulatorio prot. n. _____ del

_____ per _____ nei locali siti in _____

Via /Piazza _____ n. _____ Piano _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i
casi di falsità in atti e dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.46/47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. Di essere in possesso dei titoli di studio e professionali richiesti per l'esercizio dell'attività sanitaria.
2. Che i locali siti in _____ Via _____
n. _____ Piano _____ verranno adibiti esclusivamente all'attività per la quale si chiede
l'autorizzazione e di averne piena disponibilità giusto contratto di locazione/comodato/atto
di proprietà, stipulato in data _____ e registrato in data

3. Che l'immobile è in possesso del certificato di abitabilità n. _____ del
_____ o perizia giurata in quanto in quanto costruito antecedentemente al 1934.
4. Di avere conferito alla Ditta autorizzata _____ con sede in
_____ via/piazza _____ n. _____ i rifiuti sanitari e
tossici nocivi prodotti.
5. Di avere conferito in data _____ all'Esperto Qualificato
_____ con studio in _____
Via/Piazza _____ n. _____ l'incarico per effettuare i
controlli periodici di qualità delle apparecchiature radiologiche.

Ogni eventuale comunicazione riguardante la presente istanza potrà essere inoltrata ai seguenti

Indirizzo PEC _____

E- Mail: _____

Telefono/Cellulare: _____

Si allegano i seguenti documenti:

1. Copia documento d'identità
2. Autocertificazione requisiti soggettivi del richiedente D.A. n. 724/2023 (**ALL. 1**)
3. Autocertificazione requisiti oggettivi del richiedente D.A. n.20/2024 (**ALL 2**)
4. Autocertificazione laurea abilitazione e iscrizione all'albo professione (**ALL.3**)
5. Relazione Tecnica con planimetria dei locali
6. Elenco Attrezzature ed apparecchiature intestato, datato e firmato

Palermo, _____

Firma _____

Informativa breve ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n.679/2016

I dati personali trattati sono raccolti per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. I dati personali sono acquisiti direttamente dall'Interessato e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi del Comune nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è visionabile sul sito istituzionale www.comune.palermo.it Titolare del trattamento: Comune di Palermo. Responsabili del trattamento e autorizzati sono riportati nell'informativa completa. Questa amministrazione ha nominato Responsabile Comunale della Protezione dei Dati Personali, a cui gli interessati possono rivolgersi per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali: rpd@comune.palermo.it

Palermo, _____

Firma _____