



## COMUNICA

Ai sensi dell'art. 193 T.U.L.L.S. 1265/34 e delle disposizioni di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997, della Deliberazione del Consiglio Regionale Piemonte 22 febbraio 2000 n.616-3149 e del D.L. n.229/99

(\*) la compilazione riguarda esclusivamente gli ambulatori medici di radiodiagnostica

- CAMBIO DIRETTORE SANITARIO
- CAMBIO PERSONALE MEDICO
- ALTRO \_\_\_\_\_
  
- CAMBIO LEGALE RAPPRESENTANTE
- MODIFICA RAGIONE SOCIALE
- ALTRO \_\_\_\_\_

dell'ambulatorio \_\_\_\_\_ medico  
denominato \_\_\_\_\_

sito a Torino in Via/Corso \_\_\_\_\_ scala/interno  
\_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_

per una superficie complessiva di \_\_\_\_\_ mq.

ove si intende svolgere:

- attività di assistenza monospecialistica ambulatoriale
- attività di assistenza polispecialistica ambulatoriale
- ambulatorio medico di radiodiagnostica
- altro \_\_\_\_\_

## DICHIARA

**1. di ottemperare a tutte le disposizioni relative ai requisiti minimi organizzativi e gestionali generali della D.C.R. n. 616 del 22/2/2000 ed in particolare dei requisiti minimi organizzativi specifici :**

- di aver individuato il Direttore Sanitario nel

Dottor \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via/Corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

laureato/a in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ abilitazione \_\_\_\_\_

iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia

di \_\_\_\_\_

che si è reso disponibile a garantire la presenza per almeno \_\_\_\_\_ % delle ore di attività del presidio;

- (\*)di aver individuato il Direttore Responsabile, specialista in radiodiagnostica nel Dottor

\_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via/Corso

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ laureato/a in

\_\_\_\_\_ abilitazione \_\_\_\_\_

—  
iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di

\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ che si è reso disponibile a garantire la presenza per almeno il \_\_\_\_\_  
% delle ore di attività del presidio;

- (\*)di garantire durante l'attività ambulatoriale la presenza di un tecnico di radiologia individuato in

\_\_\_\_\_ espletante le mansioni per non meno di 28 ore settimanali, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente;

➤ si allega autocertificazione sottoscritta

- (\*) di essere a conoscenza che il personale medico operante (sotto elencato), nell'espletamento dell'attività, deve rispettare le norme di cui all'art. 111 del D.Lgs 230/1995 e successive integrazioni;

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

➤ si allega dichiarazione sottoscritta da ciascun medico

- (\*) di aver previsto in organico la presenza di un operatore amministrativo dedicato individuato in \_\_\_\_\_

—

- che presso la struttura vengono svolte le seguenti attività specialistiche ( indicare a fianco il responsabile di ogni attività):

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

FIRMA DEL DIRETTORE SANITARIO

\_\_\_\_\_

- che per le attività svolte è impiegato personale medico qualificato e abilitato ( indicare nominativo e qualifica) anche per gli operatori saltuari :

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

---

---

---

---

---

- si allega autocertificazione del possesso del Diploma di Laurea, dell'iscrizione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri e di eventuali Diplomi di specializzazione;
- che per le attività svolte è impiegato personale sanitario e tecnico (indicare nominativo, qualifica, mansioni e impegno orario) anche per gli operatori saltuari:

---

---

---

---

---

---

---

- si allega autocertificazione dei titoli di studio

FIRMA DEL DIRETTORE SANITARIO

---

- di garantire durante l'attività ambulatoriale la presenza di una unità infermieristica con qualifica di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_espletante le seguenti mansioni \_\_\_\_\_  
per non meno di n° \_\_\_\_\_ore settimanali;

**che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, decadenza o sospensione" di cui all'art. 10 della Legge 31 maggio 1965 n.575 (antimafia).**

**N.B. TUTTI GLI ALLEGATI SOPRA RICHIESTI SONO DA PRESENTARSI IN DUPLICE COPIA**

**Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. 489 del Codice Penale.**

Torino,

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
( PER ESTESO E LEGGIBILE)

- Spedita con raccomandata a.r. il \_\_\_\_\_
- Consegnata a mano il \_\_\_\_\_
- Pervenuta via fax il \_\_\_\_\_

La presente istanza, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto; oppure può essere trasmessa, sottoscritta, all'ufficio Autorizzazioni Sanitarie, unitamente alla fotocopia di un documento d'identità dell'interessato, mediante raccomandata r.r., via fax o via telematica.

N.B. Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

N.B. L'Amministrazione procederà ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, idonei controlli, anche a campione, in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive non ai sensi degli artt. 46, 47 del D.P.R. 445/2000.

### **ALLEGA (in duplice copia)**

- dichiarazione del Direttore Sanitario di accettazione incarico e delle conseguenti responsabilità con dichiarazione sostitutiva relativa al Diploma di Laurea, dell'iscrizione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e/o degli odontoiatri e di eventuali Diplomi di specializzazione;
- dichiarazione di accettazione da parte dell'eventuale sostituto del Direttore Sanitario;
- dichiarazione a firme congiunte del legale rappresentante e del Direttore Sanitario con la quale i medesimi si impegnano a garantire la presenza medica durante le ore di attività nelle quali non è presente il Direttore Sanitario;
- dichiarazione del Direttore Sanitario sul contenuto del carrello di emergenza;
- relazione sulle modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- relazione sulla pulizia e sanificazione degli ambienti.