



CITTA' DI TORINO

AREA COMMERCIO

Sportello Unico Attività Produttive

Timbro Protocollo

Contrassegno in Bollo (Euro 16,00)

MOD. 402

DOMANDA DI RILASCIO AUTORIZZAZIONE PER AMBULATORIO MEDICO – ai sensi dell'art.193 del T.U.L.S. 1265/1934, D.C.R. 22.02.2000 n.616-3149 (Apertura – Trasferimento – Modifica Locali – Modifica Attività).

Al/la Sindaco/a della Città di Torino

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cittadinanza _____ estremi documento di soggiorno (per i cittadini non UE) _____

Cod. Fisc. _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente in (via, piazza, c.so..) n. _____

Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. Cell. _____ Fax _____

Mail / P.E.C. (posta elettronica certificata) _____

Richiedente

In qualità di

titolare dell'omonima Ditta Individuale

Legale Rappresentante della Società in qualità di:

Socio/Accomandatario Presidente Amm.re D.to

Amm.re Unico Procuratore (allegare procura)

Altro (specificare): _____

Denominazione o Ragione Sociale _____

Con sede legale in (Via/Corso/Piazza ...) _____ n. _____

Comune di _____ Prov. CAP _____

Tel. Fax Mail _____

P.E.C. (posta elettronica certificata) _____

Codice Fiscale dell'impresa _____

Partiva IVA (se diversa da Cod. Fisc.) _____

Con iscrizione al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Richiede

l'APERTURA (1):

il TRASFERIMENTO: dall'attuale sede sita in Torino (1)

Via _____ N. _____

la MODIFICA LOCALI (1)

Ampliamento di mq.

Riduzione di mq.

Ridistribuzione Spazi

la MODIFICA ATTIVITA' (2)

Aggiunta Specialità

Riduzione Specialità

Modifica Specialità

ALTRO (specificare) _____

(1) in questi casi occorre allegare il modello AllTec-Amb

dell'Ambulatorio Medico denominato _____

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,
previste dall'art. 76 (a) del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dall'art. 489 C.P.**

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

Che la sede operativa dell'Ambulatorio è presso i locali di Torino (Via/Corso/Piazza) _____
_____ n. _____ lett. _____ scala _____ piano _____

• DATI CATASTALI

Foglio n. _____ map _____ sub. _____ sez. _____

Catasto Fabbricati

Che i locali in cui verrà svolta l'attività: SONO di proprietà della Città di Torino
 NON SONO di proprietà della Città di Torino

dei quali dispone a titolo di:

- proprietario
- conduttore con regolare contratto di locazione del _____
- accordo preliminare di locazione sottoscritto in data _____ (allegare assenso della proprietà)
- altro (specificare) _____

(In caso di Apertura o trasferimento) Che la superficie totale dei locali è di mq. _____

(in caso di modifica Locali) Di essere già in possesso di Autorizzazione Sanitaria n. _____ rilasciata dal Comune

di Torino in data _____ per la superficie di mq. _____ che a seguito delle modifiche richieste la superficie totale dei locali è di mq. _____

(in caso di modifica Attività) Di essere già in possesso di Autorizzazione Sanitaria n. _____ rilasciata dal Comune di Torino in data _____ per le seguenti branche specialistiche (elencare):

- Che in detti locali viene svolta verrà svolta
- attività di assistenza monospecialistica ambulatoriale di / con Radiodiagnostica / Diagnostica per immagini (3)
- attività di assistenza polispecialistica ambulatoriale

(3) da compilare in presenza di attività di Radiodiagnostica e/o Diagnostica per immagini

che vengono impiegate sorgenti di radiazioni soggette al rilascio di nulla-osta di Cat. B ovvero macchine radiogene utilizzate per terapia medica, ai sensi del D.Lgs. 101/2020

che per l'impiego di dette apparecchiature è stata presentata regolare istanza presso l'ASL competente per territorio, ai sensi della L.R. 5/2010 in data _____

Oppure

che vengono utilizzate apparecchiature per radiodiagnostica con energia inferiore a 200 KW, inserite in n. _____ ambienti per una superficie di mq. _____

che vengono utilizzate n. _____ unità ecografiche per una superficie di mq. _____

che vengono utilizzate n. _____ apparecchiature di diagnostica per immagini per una superficie di mq. _____

Locali

Direttore Sanitario	Che è stato nominato Direttore Sanitario il/la dott./ssa _____
	Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / _____
	Cod. Fisc. _
	che in merito al rispetto dei requisiti minimi organizzativi e gestionali generali e specifici prescritti dalla D.C.R. 616-3149 del 22/02/2000 ha compilato il modello All-DirSan
Attestazioni	<ul style="list-style-type: none"> Che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 06.09.2011 n.159 e successive modificazioni
	<ul style="list-style-type: none"> Che vengono rispettati i dettami dei Regolamenti di Polizia Urbana, Annonaria, Igienico-Sanitaria, Edilizio, delle Norme Urbanistiche, di destinazione d'uso e i requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui alla D.C.R. 616-3149/2000, con particolare riferimento a barriere architettoniche, tutela dell'inquinamento acustico, protezione antincendio, salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro, risparmio energetico del locale e degli impianti nello stesso installati, così come attestato da <u>tecnico abilitato</u> nell'allegato Modello AllTec-Amb e dal <u>Direttore Sanitario</u> nell'allegato modello All-DirSan

<ul style="list-style-type: none"> Richiede che le comunicazioni relative al presente Procedimento vengano inviate al seguente indirizzo P.E.C. (Posta Elettronica Certificata): _____

ALLEGA ALLA PRESENTE

Allegati	<input type="checkbox"/>	Copia del documento di identità
	<input type="checkbox"/>	(1) Dichiarazione di conformità tecnica AllTec-Amb
	<input type="checkbox"/>	(2) (solo in caso di modifica attività senza modifica locali) Planimetria in scala 1/100 a firma di tecnico abilitato atta a rappresentare i locali allo stato attuale, contenente la destinazione di ogni ambiente con l'indicazione delle relative superfici e la posizione delle postazioni di lavoro;
		<ul style="list-style-type: none"> Dichiarazione del Direttore Sanitario All-DirSan; Copia contratto con la ditta di smaltimento rifiuti; Dichiarazione sostitutiva dell'atto costitutivo della Società o dell'iscrizione alla Camera di Commercio o del patto associativo tra professionisti se trattasi di studio associato; Elenco attrezzature datato e sottoscritto dal titolare; Elenco prestazioni erogate datato e sottoscritto dal titolare; Dichiarazione della presenza medica in assenza del Direttore Sanitario (a firma congiunta del titolare e del Direttore Sanitario); Dichiarazione trattamento dati personali (pazienti) ai sensi della vigente normativa (GDPR 2016/679); Attestazione versamento diritti di istruttoria ai sensi della vigente Deliberazione della Giunta Comunale (Euro 100,00)
	<input type="checkbox"/>	ALLEGATO A1 Dichiarazione attestante l'inesistenza delle cause di divieto, di decadenza, di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 06.09.2011 n.159 e s.m.i., (Per le Società da compilarsi a cura di: S.N.C.: tutti i soci; S.A.S.: soci accomandatari; S.P.A. e S.R.L.: rappresentante legale e membri del consiglio di amministrazione, Per tutte le associazioni/società: dai membri del Collegio sindacale, <u>inoltre</u> , Per le società di capitali anche dal Socio di maggioranza o dal Socio Unico (con relativa fotocopia del documento di identità in corso di validità di tutti i firmatari);
	<input type="checkbox"/>	Copia della eventuale precedente autorizzazione dell'ambulatorio medico;
	<input type="checkbox"/>	Elenco degli impianti (attrezzature, apparecchiature e accorgimenti particolari di carattere tecnico nell'ambito dell'ambulatorio) a firma del Direttore Sanitario e del titolare

Data _____

Firma _____

Info	<p>La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte deve essere trasmessa completa degli allegati previsti, sottoscritta dal richiedente unitamente alla fotocopia di un documento d'identità in corso di validità dell'interessato ovvero firmata digitalmente (l'assenza della firma e/o del documento è motivo di rigetto della pratica), esclusivamente utilizzando la Posta Elettronica Certificata (P.E.C.): suap@cert.comune.torino.it Le pratiche eventualmente presentate tramite altri canali (posta, fax, sportello) saranno ritenute inammissibili.</p>
	<p>Sportello Unificato del Commercio – Ufficio Informazioni - Via Meucci n.4 – 10121 Torino Orario: martedì e giovedì dalle 9.00 alle 12.00 – mercoledì dalle 13.30 alle 15.30 Informazioni telefoniche dal Lunedì al Giovedì dalle 14.00 alle 16.00 Tel. 011 011 30411 informazioni e-mail: info.commercio@comune.torino.it</p> <p>Alla pratica è sempre necessario allegare - l'attestazione dell'avvenuto versamento di Euro 100 (cento) per Diritti di Istruttoria tramite il portale PiemontePay/pagoPA di Torinofacile (per l'accesso al portale consultare le indicazioni sul sito alla pagina web http://www.comune.torino.it/commercio/)</p>

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679: Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Torino, l'informativa estesa comprensiva dell'indicazione dei diritti degli interessati e dei contatti dell'Ente è consultabile all'indirizzo: <http://www.comune.torino.it/commercio/informativa-privacy/>

L'Amministrazione procederà ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, idonei controlli anche a campione ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate.

a) art.76 D.P.R. 445/2000 "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.