

Oggetto: **Comunicazione di Inizio Attività per Studio Professionale** ai sensi della D.G.R. 27 luglio 2001, n. VII/5724 e delle note di Regione Lombardia nn. G1.2022.0021604 del 16/05/2022, G1.2022.0023204 del 30/05/2022, G1.2023.0023945 del 28/06/2023.
 Psicologo **Psicoterapeuta** (L. n. 56 del 18/02/1989; L. n. 3 del 11/01/2018, art. 9, comma 4)

Il/la sottoscritto/a dr./ssa _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

tel. _____ CF _____ p.IVA _____

PEC _____ e-mail: _____

in possesso del titolo abilitativo di: **Psicologo**; **Medico-chirurgo**;

(eventualmente) **Psicoterapeuta** (specifica formazione professionale validata dall'Ordine di appartenenza);
iscritto/a all'Albo della rispettiva Professione Sanitaria (D.L.C.P.S. n. 233 del 13/09/1946; D.M. Salute del 13/03/2018)

_____ dal _____ col numero _____
trovandosi nelle condizioni di cui alla DGR 27.07.2001, n. VII/5724 e in quelle richiamate in oggetto,

COMUNICA

di aver attivato oppure di far parte di (1) uno **Studio Professionale Sanitario** (2) _____

oppure

(1) di erogare le proprie prestazioni in psicologia esclusivamente in modalità online e da remoto, con sede legale/domicilio fiscale

(1) nel Comune di _____ via/pz _____ piano _____

dalla data di ricevimento della presente.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, e che non verranno meno i controlli circa l'applicazione dei requisiti previsti (inclusi quelli in materia di autocertificazione),

DICHIARA CHE

a) l'attività sanitaria è esercitata direttamente ed esclusivamente dall/i titolare/i;

b) le prestazioni erogate non sono di chirurgia ambulatoriale;

c) le prestazioni erogate non determinano procedure diagnostiche e/o terapeutiche particolarmente complesse o comportanti rischio per la sicurezza del paziente;

d) presso lo Studio vengono eseguite le seguenti attività sanitarie: _____

e) non (1) utilizza le seguenti apparecchiature elettromedicali _____

f) le eventuali apparecchiature elettromedicali utilizzate a supporto dell'attività sono sottoposte alla prevista manutenzione ordinaria e straordinaria;

- g) non (1) utilizza i seguenti dispositivi medici _____
- h) presso l'attività sono garantiti i requisiti igienico-sanitari previsti (rapporti aero-illuminanti naturali, superfici e altezze dei locali, ecc.) e quelli di sicurezza ed igiene del lavoro, antincendio, sicurezza elettrica, smaltimento dei rifiuti sanitari e da altre norme, anche tecniche, previste per l'attività esercitata;
- i) presso lo Studio esercitano (anche saltuariamente) altri _____ professionisti sanitari (3) (1a);
- l) tutta la documentazione probante i requisiti dichiarati e quanto sopra riportato è disponibile presso lo Studio e potrà essere richiesta, anche con integrazioni, da parte degli Organi preposti alla vigilanza, anche a seguito di ispezione;
- m) di apporre il proprio nominativo all'esterno della struttura e comunque in luogo accessibile aperto al pubblico, allo scopo di consentire l'identificazione dello Studio stesso per fini di controllo da parte degli Organi preposti alla vigilanza.

Note:

- (1) cancellare la parte che non interessa; (1a) se nessun altro professionista, cancellare tutta la frase i);
- (2) solo in caso di Studio Professionale Sanitario **Associato** aggiungere tale specifica, riportandone la denominazione ed il nome e cognome di tutti i sanitari (anche allegandone elenco) i quali compileranno, ognuno, una C.I.A. a parte.
- (3) ogni professionista sanitario, anche inteso come collaboratore, deve presentare una propria C.I.A. con gli allegati richiesti. Si rammenta che tale C.I.A. NON è pertinente alcuna attività svolta presso strutture dotate di **organizzazione** (Imprese/Società/Cooperative/ecc.) per le quali NON va fatta la C.I.A. ma altra istanza (compilazione sull'applicativo regionale ASAN ed invio della S.C.I.A. , ad es., di "struttura ambulatoriale", ecc.).

Allega:

- All.1: autocertificazione dei titoli professionali posseduti e dell'iscrizione all'Albo Professionale;
- All.2: copia fronte e retro di un documento d'identità, in corso di validità;
- All.3: una dichiarazione del possesso dei requisiti minimi datata e firmata dal professionista sanitario. A seguito della presentazione della C.I.A., la S.C. Igiene e Sanità Pubblica esaminerà la documentazione e potrà richiedere eventuali integrazioni.
- All.4: copia dell'atto costitutivo dell'associazione tra professionisti (solo in caso di "Studio Professionale Sanitario Associato").

Data _____

Firma leggibile _____

**INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO
679/2016/UE**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.ats-valpadana.it.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell'Agenzia di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soggetto:

DPO	PARTITA IVA E C.F.	Via/Piazza	CAP	Comune	Rappresentante del DPO
LTA S.R.L.	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	Recupero Luigi

Data _____

Firma leggibile _____