|  |  |
| --- | --- |
| (*spazio per apposizione protocollo)* |  |
|  |  |

Oggetto: Comunicazione variazioni strutture sanitarie

Il sottoscritto, sig./dr. nato a

il CF \_ p.IVA

residente a CAP \_via/pz n°

tel. e-mail PEC

Rappresentante Legale dell’Ente \_

sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_ via/pz \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ piano\_\_

CF \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ p.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC per la (1) \_

(denominata) Comune di \_\_

via/pz \_ n° piano tel.

autorizzazione/presa d’atto/S.C.I.A.(2) n. del \_\_ \_\_

# consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA** che a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (compreso)

🞎 **(A**) è subentrato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/pz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n\_\_\_\_ piano \_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_ e-mail

nella gestione dell’attività sanitaria della struttura citata

🞎 **(B)** è il nuovo Rappresentante Legale (dell’Ente che detiene la gestione della struttura citata)

🞎 **(C)** ha trasferito la sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/pz\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 **(D)** ha nominato nuovo Direttore **o** Responsabile (2) Sanitario per i servizi medici **e** odontoiatrici (3) il dr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ p.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all’Albo dei medici/odontoiatri (2) di \_ al n° dal

iscritto all’Albo dei medici/odontoiatri (2) di al n° dal

**🞎 (E)** la denominazione della struttura è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DICHIARA inoltre che

* le variazioni sopraindicate non comportano alcuna modifica dell’assetto strutturale, funzionale e organizzativo;
* nessun locale è stato modificato rispetto alle planimetrie già in possesso di codesta A.T.S.;
* nulla è cambiato rispetto alle condizioni di esercizio dell’attività precedentemente autorizzata/dichiarata;
* permangono soddisfatti tutti i requisiti autorizzativi;

# ALLEGA

* (sempre): fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità;
* (A): atto di subentro + autocertificazione antimafia; e in aggiunta: se impresa individuale, attribuzione (aggiornata) p. IVA con cod. ATECO idoneo alla gestione della tipologia di struttura; se impresa collettiva (società, ecc.), visura camerale (aggiornata) che riporti “oggetto sociale” e cod. “ATECO” idonei alla gestione della tipologia di struttura;
* (B) e (C): come (A) escluso atto di subentro;
* (D): modello di nomina + autocertificazione di possesso dei titoli; se segue a cessazione del precedente, allegare anche una dichiarazione del rappresentante legale con tutti i dati del cessato e la data da cui parte la cessazione.
* -attestazione di avvenuto versamento dei diritti sanitari, intestato a “A.T.S. della Brianza - Settore IPATSLL Servizio Tesoreria - Viale Elvezia n. 2 - 20900 Monza”, di **€ 45,44**, previsti dal tariffario vigente alla voce 45, da effettuarsi collegandosi al sito [https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html,](https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html) selezionando: **Diritti sanitari da prestazioni IPA** e inserendo i dati richiesti.

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

*Si informa che:*

* *tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell’Unione Europea;*
* *il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;*
* *il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);*
* *l’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail:* [*protocollo@ats-brianza.it*](mailto:protocollo@ats-brianza.it) *– PEC:* [*protocollo@pec.ats-brianza.it;*](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it)
* *l’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l’ATS e/o consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo:* [*https://www.ats-brianza.it*](https://www.ats-brianza.it/) *- Agenzia ATS Brianza - Dipartimenti - Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria – S.C. Igiene e Sanità Pubblica - Privacy;*
* *Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell’espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail:* [*protocollo@ats-brianza.it*](mailto:protocollo@ats-brianza.it) *– PEC:* [*protocollo@pec.ats-brianza.it*](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it)

Data,

Il Rappresentante Legale \_\_\_\_

(firma leggibile e per esteso)

Il nuovo Direttore/Responsabile (2) Sanitario (solo caso **D**) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile e per esteso)

1. es: odontostomatologia monospecialistica (c.d. AOM), struttura ambulatoriale, ricovero e cura, ecc.
2. cancellare la parte che **non** interessa
3. se per ambedue i servizi; **oppure** cancellare quello non attinente la nomina