



(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 \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia<br/>ATS Brianza</p> | <p>DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA<br/>SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA<br/>Viale Elvezia 2, 20900 Monza<br/>email <a href="mailto:igiene.sanita.pubblica@ats-brianza.it">igiene.sanita.pubblica@ats-brianza.it</a><br/>PEC <a href="mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it">protocollo@pec.ats-brianza.it</a></p> | <p>COMUNICAZIONE VARIAZIONI<br/>STRUTTURE SANITARIE</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

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

☐ (E) la denominazione dell'Ente Gestore / Struttura è \_\_\_\_\_

☐ (F) è avvenuta la variazione fiscale da \_\_\_\_\_

#### 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.
- (F): indicare il regime fiscale precedente (es. SAS)
- -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 € 46,37, previsti dal tariffario vigente alla voce 45, da effettuarsi collegandosi al sito <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> - 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 l'Avv. Annamaria Taini, la quale può essere contattata 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