(*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 **€ 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 – PEC: 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 il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: 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