

Oggetto: Comunicazione variazioni strutture sanitarie

Il sottoscritto, sig./dr. _____ CF: _____,
nato a _____ il _____
residente in _____ CAP: _____ Via _____ n° _____
Tel: _____ Fax: _____ e.mail: _____
Legale Rappresentante dell'Ente _____,
con sede legale in _____ CAP: _____ Via _____ n° _____
pec: _____ C.F.: _____ P.IVA: _____
relativamente alla struttura ubicata nel Comune di _____, CAP: _____
Via _____ n° _____,
con autorizzazione/presa d'atto 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 (*contrassegnare il caso che interessa*)

1. di essere subentrato al sig./alla società _____,
con CF/P.IVA _____, sede legale in _____ CAP: _____
Via _____ n° _____ Tel: _____
Fax: _____ pec: _____, nella titolarità dell'attività sanitaria;
2. di aver trasferito al dr. _____, CF: _____,
nato a _____ il _____
residente in _____ CAP: _____ Via _____ n° _____
Legale Rappresentante dell'Ente _____,
con sede legale in _____ CAP: _____ Via _____ n° _____
Tel: _____ Fax: _____ pec: _____, CF: _____
P.IVA: _____, *la gestione dell'attività sanitaria (limitatamente alla branca
specialistica _____);*
3. di aver trasferito la sede legale nel Comune di _____ CAP: _____
Via _____ n° _____ tel: _____
Fax: _____ pec: _____;
4. di aver nominato nuovo responsabile sanitario, per i servizi medici/odontoiatrici, il dr. _____
CF: _____ P.IVA: _____, iscritto all'Albo dell'Ordine dei medici/odontoiatri
di _____ al n° _____ dal _____, Tel: _____ Pec: _____

Segue %

DICHIARA inoltre

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesta ATS
- che nulla è cambiato rispetto alle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata
- che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (Autocertificazione Antimafia) variazioni sopraindicate non comportano alcuna modifica all'assetto strutturale, funzionale e organizzativo;
- che permangono soddisfatti i requisiti autorizzativi
- che ogni sanitario operante nella struttura ha depositato la propria firma presso i competenti uffici ATS.

ALLEGA

- documentazione comprovante le variazioni intervenute;
- autocertificazione di possesso dei titoli e atto di deposito firma *(solo per il punto 4)*
- attestazione di avvenuto versamento dei diritti sanitari di € 39,00, somma prevista dal tariffario vigente alla voce 45, da effettuarsi sul conto corrente postale n. 41467200 intestato a: ATS della Brianza – Settore IPATSLL Servizio Tesoreria – Viale Elvezia n. 2 – 20900 Monza.

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 - UOC 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 il Prof. Avv. Fabio Balducci Romano, con sede legale in Via Savorgnana, 20 – 33100 Udine (UD).

Data, _____

Il legale rappresentante _____

Spazio per apposizione protocollo

Il nuovo gestore _____

(solo per il punto 2)

Il nuovo direttore sanitario _____

(solo per il punto 4)