



REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE VITERBO

Partita IVA e Cod. Fisc. 01455570562

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene Pubblica

Via I. Garbini 29/G

(Tel. 0761/339700-701 - fax 0761/339709-732)

Al Sig. Sindaco
Autorità Sanitaria Locale
di Soriano nel Cimino (VT)

OGGETTO: Domanda di autorizzazione sanitaria (o di parere preventivo) per locali da adibire ad ambulatorio medico-specialistico

Il sottoscritto _____ nato a ___/___/___ Prov. (___)
il (gg/mm/aa): ___/___/___ residente a _____ Prov. (___)
via/p.^{zza}: _____ codice fiscale/partita IVA: _____
in qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta individuale/società denominata _____
con sede legale in _____ Prov. (___) via/p.^{zza} _____ n° _____
tel.: _____ fax: _____

CHIEDE IL RILASCIO

della AUTORIZZAZIONE SANITARIA del PARERE PREVENTIVO

del SUBINGRESSO nella Aut. San. n° _____ del ___/___/___ già rilasciata alla Società _____

dell'AGGIORNAMENTO della Aut. San. n° _____ del ___/___/___ essendo intervenute le seguenti variazioni erogat:

per i locali ubicati nel Comune di _____
(prov. ___) via/piazza _____ n° _____ tel. _____
fax _____

da adibire/adibiti all'esercizio delle seguenti attività:

ambulatorio/poliambulatorio medico specialistico per l'esercizio delle seguenti specialità:

DICHIARA

1. che la Direzione sanitaria dell'ambulatorio/poliambulatorio sarà affidata al Dr. _____
nato a _____ (Prov _____) il (gg/mm/aaaa) ____/____/____
residente in _____ (Prov _____)
Via/piazza _____ n° ____ in possesso dei seguenti titoli di studio
-

Allega alla presente domanda:

- copia dell'atto costitutivo della Società;
- dichiarazione di accettazione della Direzione sanitaria con firma autenticata nelle forme di legge, redatto dal sanitario incaricato;
- elenco del personale medico e paramedico operante nella struttura, con i rispettivi titoli di studio e qualifiche;
- certificato di iscrizione all'Ordine (dovuto solo dai medici iscritti fuori della Provincia di Viterbo), rilasciato in data non anteriore a tre mesi;
- planimetria dei locali scala 1:100 - 1: 50 in duplice copia firmata e timbrata da professionista iscritto all'albo e controfirmata dal proprietario o conduttore dei locali;
- relazione tecnico-descrittiva illustrativa della destinazione dei locali e delle apparecchiature presenti in ambulatorio (app. elettromedicali - app. radiologico etc.), delle attività che si intendono *svolgere (ionoforesi - tens etc.)*, delle procedure di disinfezione sterilizzazione etc.;
- elenco delle attrezzature e dei farmaci per emergenze sanitarie presenti in ambulatorio: *adrenalina, cortisonici, pallone di ambu etc.*;
- certificato di agibilità con destinazione d'uso dei locali rilasciata dal Sindaco al proprietario dell'immobile al momento della costruzione o della sua ristrutturazione, da cui risulti la destinazione d'uso ad ambulatorio. in sostituzione potrà essere prodotto dichiarazione/certificazione di agibilità rilasciata dal Comune per decorrenza dei termini del silenzio-assenso ai sensi del D.P.R. 425/94 - non si accetta visura catastale;
- relazione dell'installatore o tecnico abilitato attestante la conformità alle norme UNI CIG dell'impianto elettrico;
- progetto dell'impianto elettrico;
- relazione dell'installatore o tecnico abilitato attestante la conformità alle norme UNI – CIG termoidraulico;
- copia del contratto per lo smaltimento di rifiuti speciali e/o tossiconocivi, quando presenti, stipulato con Ditta autorizzata allo smaltimento;
- attestazione di avvenuto versamento dei diritti sanitari su ccp n° 11439015 intestato a "ASL di Viterbo" Serv. Tesoreria- S.I.P. 01100 VITERBO - per l'importo di £ 180.000 = € 92,96 – codice causale IP 0070;
- marca da bollo di € 14,62.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge n.675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA ____/____/____

FIRMA

(per esteso leggibile)