CITTA' DI TORINO

DIREZIONE COMMERCIO E ATTIVITA' PRODUTTIVE

Sportello Unico Attività Produttive

Timbro Protocollo

MOD. 404

S.C.I.A. *(Segnalazione Certificata di Inizio Attività)* **di AMBULATORIO MEDICO a seguito di modifica del Direttore Sanitario / Responsabile Tecnico / personale sanitario**

(ai sensi dell'art. 19 della L. 241/90 e s.m.i., dell'art.193 del T.U.L.S. 1265/1934, D.C.R. 22.02.2000 n.616-3149).

Al Signor SINDACO della Città di TORINO

Compilare in Triplice Copia
(per trasmissione in modalità cartacea)

Richiedente

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

Cittadinanza _____ Cod. Fisc. _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente in *(Via/Corso/Piazza ...)* _____ n. _____

Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____

☐ Mail / ☐ P.E.C. *(posta elettronica certificata)* _____

In qualità di ☐ titolare dell'omonima Ditta Individuale ☐ Legale Rappresentante della seguente Società

☐ Altro *(specificare)*:

(Da compilare in caso di Società)

Denominazione o Ragione Sociale _____

Con sede legale in *(Via/Corso/Piazza ...)* _____ n. _____

Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____

☐ Mail / ☐ P.E.C. *(posta elettronica certificata)* _____

Codice Fiscale dell'impresa _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Partiva IVA (se diversa da Cod. Fisc.) _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Con iscrizione al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n. _____

Oggetto Pratica

Titolare di Ambulatorio Medico (mono / polispecialistico)

Denominato _____

Legittimato con Autorizzazione/i n. _____

del _____

Che la sede operativa dell'Ambulatorio è presso i locali di Torino *(Via/Corso/Piazza..)* _____

_____ n. _____ lett._____ scala _____ piano _____

Segnala di avere effettuato le seguenti modifiche

☐ Direttore Sanitario

☐ Responsabile Tecnico

☐ Personale Sanitario

Con decorrenza

☐ dalla data odierna

☐ a far data dal _____ (successiva alla presentazione)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 (1) del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dall'art. 489 C.P.

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

Attestazioni

- di essere autorizzato per:
  - ☐ attività di assistenza monospecialistica ambulatoriale
  - ☐ attività di assistenza polispecialistica ambulatoriale
  - ☐ di / con Radiodiagnostica / Diagnostica per immagini

  Per le sottoelencate branche specialistiche:
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
- Su una superficie di mq. _____
  Superficie complessiva dei locali *(compresa la superficie adibita ad altri usi)* mq. _____
- **Che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 6.09.2011 n.159 e s.m.i.;**

Direttore Sanitario

☐ Che è stato nominato Direttore Sanitario il/la dott./ssa _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____
Cod. Fisc. _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(in sostituzione del dott./ssa _____ a far data dal _____)
che in merito al rispetto dei requisiti minimi organizzativi e gestionali generali e specifici prescritti dalla D.C.R. 616-3149 del 22/02/2000 ha compilato l'allegato modello **All-DirSan**

Che le prestazioni erogate sono quelle già autorizzate e delle quali allega elenco;

Radiodiagnostica

☐ *(da compilare in presenza di attività di Radiodiagnostica e/o Diagnostica per immagini)*

Di aver individuato il Direttore Responsabile, specialista in radiodiagnostica il Dottor _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

Cittadinanza _____ Cod. Fisc. _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente in *(Via/Corso/Piazza ...)* _____ n. _____

Laureato/a in _____ abilitazione _____

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____

Che si è reso disponibile a garantire la presenza per almeno il 50% delle ore di attività del presidio

- Di garantire durante l'attività ambulatoriale la presenza di un tecnico di radiologia a rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, individuato nel/la Signor/Sig.ra _____ espletante le mansioni per non meno di 28 ore settimanali, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, così come attestato nell'allegata dichiarazione;
- Di essere a conoscenza che il personale medico specialista in radiodiagnostica, di cui all'elenco allegato, nell'espletamento dell'attività, deve rispettare le norme previste dal D.Lgs. 230/1995 e smi., così come attestato nelle dichiarazioni a firma di ciascun medico;

Personale medico / sanitario

☐ Che presso la struttura sono state operate le seguenti modifiche del personale medico, dei quali si allega autocertificazione del possesso del Diploma di Laurea, dell'iscrizione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri e di eventuali Diplomi di specializzazione:

attività: _____ responsabile _____

attività: _____ responsabile _____

attività: _____ responsabile _____

attività: _____ responsabile _____

attività: _____ responsabile _____

☐ Che presso la struttura sono state operate modifiche del personale sanitario e tecnico specificato in allegato e dei quali si allega autocertificazione dei titoli di studio.

•	Richiede che le comunicazioni relative al presente Procedimento vengano inviate al seguente indirizzo P.E.C. *(Posta Elettronica Certificata)*: _____

ALLEGA ALLA PRESENTE

Allegati	☐	Copia del documento di identità, qualora l'istanza sia presentata a mezzo posta o da un terzo;
	☐	Dichiarazione del Direttore Sanitario **All-DirSan (se variato);**
	☐	Elenco personale sanitario e tecnico **(se variato);**
	☐	Elenco prestazioni erogate;
	☐	Dichiarazione della presenza medica in assenza del Direttore Sanitario (a firma congiunta del titolare e del Direttore Sanitario);
	☐	**(per i cittadini extracomunitari)** Copia permesso di soggiorno in corso di validità, idoneo all'esercizio dell'attività, e/o copia della ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di rinnovo alla Questura (come da nota n. prot. 11050/M(8) del 5/08/2006 del Ministero dell'Interno).
	☐	**ALLEGATO A1** (**Per le Società:** Dichiarazione attestante l'inesistenza delle cause di divieto, di decadenza, di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 06.09.2011 n.159, da compilarsi a cura di: S.N.C.: tutti i soci; S.A.S.: soci accomandatari; S.P.A. e S.R.L.: rappresentante legale e membri del consiglio di amministrazione con relative fotocopie dei documenti di identità in corso di validità di tutti i firmatari);
	☐	Copia della precedente autorizzazione comunale dell'ambulatorio medico;
	☐	Elenco degli impianti (attrezzature, apparecchiature e accorgimenti particolari di carattere tecnico nell'ambito dell'ambulatorio) a firma del Direttore Sanitario e del titolare
	•	Attestazione del versamento dei diritti di istruttoria ai sensi dell'art.12 del Regolamento di Organizzazione SUAP (Euro 20,00)

Data _____ Firma _____

Info	La presente SCIA, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto; oppure può essere trasmessa sottoscritta dal richiedente (**l'assenza della firma è motivo di rigetto della pratica**) unitamente alla fotocopia di un documento di identità in corso di validità dei firmatari, con le seguenti modalità: 1) a mezzo posta raccomandata con avviso di ricevimento a: Divisione Commercio Via Meucci n.4 – 10121 Torino; 2) a mezzo FAX indirizzandolo a: Divisione Commercio - FAX 011-4430863 3) utilizzando la Posta Elettronica Certificata (P.E.C.): commercio@cert.comune.torino.it L'invio delle pratiche con PEC è consentito solo: a.. da un mittente provvisto di PEC; b.. avendo la pratica completa con tutti gli allegati richiesti nella modulistica, compreso eventuali diritti di istruttoria; c.. per le pratiche per le quali non è obbligatorio il contrassegno in bollo.
	Sportello Unificato del Commercio – Ufficio Informazioni e Accettazione pratiche - Via Meucci 4 – 10121 Torino Orario: dal Lunedì al Giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 - Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 **Informazioni telefoniche:** dal Lunedì al Giovedì dalle ore 14.00 alle ore 16.00. Tel.011/44.30.411
	Sono da corrispondere i diritti di istruttoria con una delle seguenti modalità: **-** versamento sul c/c postale n. ***68700137*** Codice IBAN: ***IT72E0760101000000068700137*** intestato a: ***COMUNE DI TORINO - SETT. ATTIVITA' ECONOMICHE E DI SERVIZIO - VIA MEUCCI 4 - 10121 TORINO*** causale: ***Diritti di istruttoria e ricerca.*** **-** il pagamento dell'importo previsto può essere effettuato con denaro contante all'atto della presentazione della pratica agli sportelli.
	Informativa ai sensi del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.
	L'Amministrazione procederà ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, idonei controlli anche a campione ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate.
	Estratto art.19 Legge 241/1990 e s.m.i.: L'Amministrazione competente, in caso di accertata carenza dei requisiti e dei presupposti della presente SCIA, nel termine di sessanta giorni dal ricevimento, adotta motivati provvedimenti di divieto di prosecuzione dell'attività e di rimozione degli eventuali effetti dannosi, salvo che, ove ciò sia possibile, l'interessato provveda a conformare alla normativa vigente detta attività ed i suoi effetti entro un termine fissato dall'amministrazione, in ogni caso non inferiore a trenta giorni. E' fatto comunque salvo il potere dell'amministrazione competente di assumere determinazioni in via di autotutela, ai sensi degli articoli 21-quinquies e 21-nonies. In caso di dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorieta' false o mendaci, l'amministrazione, ferma restando l'applicazione delle sanzioni penali di cui al comma 6, nonche' di quelle di cui al capo VI del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, puo' sempre e in ogni tempo adottare i provvedimenti di di divieto di prosecuzione dell'attività e di rimozione degli eventuali effetti dannosi.
Legenda	**(1)** art.76 D.P.R. 445/2000 "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.
	(2) art.2 N.U.E.A. del P.R.G.C. - punto 10 – Per destinazione d'uso di un immobile esistente si intende quella legittimamente in atto, quale risulta da licenze edilizie, concessioni e autorizzazioni rilasciate o in applicazione di disposizioni di legge. - punto 11 – Nel caso in cui la destinazione d'uso non risulti da tali atti, si fa riferimento a documentazione probatoria, quale il classamento catastale o altra.
	(3) art.24 c.1 D.P.R. 380/2001 e s.m.i. *Il certificato di agibilità attesta la sussistenza delle c*ondizioni di sicurezza, igiene, salubrità, risparmio energetico degli edifici e degli impianti negli stessi installati, valutate secondo quanto dispone la normativa vigente".