

CONTENUTO:

Fac-simile domande:

- modello domanda autorizzazione studio professionale
- modello domanda autorizzazione studio professionale associato
- modello mantenimento requisiti studio professionale autorizzato singolo/associato
- modello dichiarazione inizio attività (D.I.A.) studio professionale
- modello dichiarazione inizio attività (D.I.A.) studio professionale associato

MODELLO DOMANDA AUTORIZZAZIONE
studio professionale

Apporre marca da bollo

Al Sindaco del Comune di

.....

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO
(Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

in relazione al proprio studio professionale

- .. odontoiatrico
- .. medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale
nella disciplina di riferimento di.....
- .. medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia
nella disciplina di riferimento di.....

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____

CHIEDE

ai sensi della L.R. 23 febbraio 1999 n. 8 e successive modifiche e integrazioni, il rilascio dell'autorizzazione come di seguito specificato:

- .. **APERTURA ed ESERCIZIO**

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
2. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante la disponibilità dei locali;
3. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
4. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione dello studio;
5. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
6. inventario delle attrezzature sanitarie;
7. elenco del personale sanitario;
8. liste di autovalutazione;

“ **AMPLIAMENTO ATTIVITA'** “ **RIDUZIONE ATTIVITA'** “ **TRASFORMAZIONE ATTIVITA'**

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche	r	r	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività
del personale	r	r	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione dell'attività

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

“ **AMPLIAMENTO LOCALI** “ **RIDUZIONE LOCALI** “ **TRASFORMAZIONI INTERNE** ¹

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
dell'attrezzatura	r	r	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali
del personale	r	r	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione/trasformazioni interne dei locali.

¹ Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.8/99 art.6)

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

.. **TRASFERIMENTO SEDE**

Indirizzo nuova sede _____

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
dell'attrezzatura	r	r	inventario delle attrezzature sanitarie
del personale	r	r	elenco del personale sanitario

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione della nuova sede;
2. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
3. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

DICHIARA

.. che le attività oggetto della domanda di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto viene presentata contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95

.. che le attività oggetto della domanda di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive

data

.....
Firma ²

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

(da completare a cura del Comune)

² La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

MODELLO DOMANDA AUTORIZZAZIONE
studio professionale associato

Apporre marca da bollo

Al Sindaco del Comune di

.....

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO ASSOCIATO
(Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52)

1) Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

2) Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

3) ripetere n° volte per ogni singolo componente lo studio professionale associato

Oppure

Il sottoscritto legale rappresentante pro tempore _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

in relazione allo studio professionale associato

.. odontoiatrico

.. medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale

nelle discipline di riferimento di.....

.....

.. medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia

nelle discipline di riferimento di.....

.....

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____

CHIEDONO/CHIEDE

ai sensi della L.R. 23 febbraio 1999 n. 8 e successive modifiche e integrazioni il rilascio dell'autorizzazione come di seguito specificato:

.. **APERTURA ed ESERCIZIO**

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. atto (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante le generalità dei professionisti che costituiscono lo studio associato;
2. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
3. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante la disponibilità dei locali;
4. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
5. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione dello studio;
6. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
7. inventario delle attrezzature sanitarie;
8. elenco del personale sanitario;
9. liste di autovalutazione;

“ AMPLIAMENTO ATTIVITA’ ” “ RIDUZIONE ATTIVITA’ ” “ TRASFORMAZIONE ATTIVITA’ ”

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
tecnologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazione dell'attività

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

“ AMPLIAMENTO LOCALI ” “ RIDUZIONE LOCALI ” “ TRASFORMAZIONI INTERNE ¹ ”

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
dell'attrezzatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali.
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione/trasformazioni interne dei locali.

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta da tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione /trasformazioni interne dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

“ TRASFERIMENTO SEDE ”

Indirizzo nuova sede _____

VARIAZIONI APPORTATE

	No	Sì	Documenti da allegare nel caso di avvenute variazioni
dell'attrezzatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inventario delle attrezzature sanitarie
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elenco del personale sanitario

¹ Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.8/99 art.6)

ALLEGANO/ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione della nuova sede;
2. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature;
3. documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni.

DICHIARANO/DICHIARA

.. che le attività oggetto della domanda di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto viene presentata contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95

.. che le attività oggetto della domanda di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive

data

.....
firma²

.....
firma²

.....
firma²

firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato/legale rappresentante

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

(da completare a cura del Comune)

2 La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

MODELLO MANTENIMENTO REQUISITI STUDIO AUTORIZZATO
studio professionale singolo/ associato

Al Sindaco del Comune di

.....

OGGETTO: VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIA PER STUDIO MEDICO O ODONTOIATRICO AUTORIZZATO¹

1) Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

2) Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

3) in caso di studio associato ripetere n° volte per ogni singolo componente lo studio professionale associato

oppure

Il sottoscritto legale rappresentante pro tempore _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

ai sensi degli art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevoli/e delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

in relazione al proprio studio professionale

- .. odontoiatrico
- .. medico, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale
nella/e disciplina/e di riferimento di.....
- .. medico, attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia
nella/e disciplina/e di riferimento di

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____

DICHIARA/DICHIANO

ai fini della verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio di attività sanitaria prevista dall'art. 9, comma 4, della L.R. 8/99:

che lo studio ha mantenuto i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali e specifici di cui all'allegato B del Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 ed osserva le prescrizioni contenute nello stesso allegato.

data.....

firma²

.....
.....
.....
.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003
(da completare a cura del Comune)

¹ Da inviare nei termini indicati dalla DGR n. 858 del 27 ottobre 2008 allegato 2, punto 1.
² In caso di studio associato, firma di ogni singolo componente lo studio professionale oppure firma del legale rappresentante. La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

MODELLO D.I.A.
studio professionale

Al Sindaco del Comune di

.....

OGGETTO: DICHIARAZIONE INIZIO ATTIVITA' per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO

(Regolamento 8 ottobre 2008, n.52)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

in relazione allo studio professionale

MEDICO

ODONTOIATRICO

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____ int. _____

i cui locali di attività/attrezzature sono ad uso

ESCLUSIVO

NON ESCLUSIVO

DICHIARA

L' AVVIO ATTIVITA'

- lo studio avvia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

L'AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA'

- lo studio amplia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività con quelle contrassegnate in elenco allegato
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

**** LA RIDUZIONE ATTIVITA'**

- lo studio cessa le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- lo studio cessa le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

**** L' AMPLIAMENTO LOCALI**

tipologia: - locale di attività - locale servizi igienici - locale attesa, accettazione, attività amministrative

**** LA RIDUZIONE LOCALI**

tipologia: - locale di attività - locale servizi igienici - locale attesa, accettazione, attività amministrative

**** LA TRASFORMAZIONE LOCALI ¹**

tipologia: - locale di attività - locale servizi igienici - locale attesa, accettazione, attività amministrative

**** IL TRASFERIMENTO SEDE**

indirizzo nuova sede _____

DICHIARA INOLTRE

che lo studio professionale possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato C del Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 ed osserva le prescrizioni contenute nello stesso allegato.

Che presso lo studio professionale:

- ** non opera personale sanitario
- ** opera personale sanitario

ALLEGA

- documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
- documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante.

data

.....
firma ²

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003
(da completare a cura del Comune)

¹ Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.8/99 art.6)

² La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA' SOGGETTE A DIA

- CARDIOLOGIA**
- n. 1 .. Iniezioni endovenose sclerosanti
- CHIRURGIA GENERALE-CHIRURGIA TORACICA**
- n. 2 .. Agoaspirazione di cisti della mammella ecoguidata o non
- n. 3 .. Agoaspirazione o incisione semplice di ascesso della mammella
- n. 4 .. Agobiopsia delle stazioni linfonodali superficiali (inguinali, ascellari, latero-cervicali)
- n. 5 .. Anoscopia con o senza biopsia
- n. 6 .. Aspirazione di ascesso, ematoma, sieroma della cute e del tessuto sottocutaneo
- n. 7 .. Asportazione di condilomi del pene
- n. 8 .. Asportazione di condilomi perianali
- n. 9 .. Asportazione di lesione pedunculata anale e perianale
- n. 10 .. Biopsia chirurgica o ecoguidata dei tessuti molli della parete toracica e addominale
- n. 11 .. Biopsia del pene
- n. 12 .. Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
- n. 13 .. Cateterismo vescicale
- n. 14 .. Cistoscopia retrograda transuretrale con o senza biopsia
- n. 15 .. Cromocistoscopia
- n. 16 .. Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
- n. 17 .. Esame urodinamico
- n. 18 .. Esofago-gastroduodenoscopia con o senza biopsia o altri esami diagnostici
- n. 19 .. Exeresi di cisti sebacee perianali, del pene, dello scroto
- n. 20 .. Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro
- n. 21 .. Incisione di ascesso dei piani soprafasciali
- n. 22 .. Incisione di fistola o cisti pilonidale
- n. 23 .. Incisione semplice di ascesso perianale
- n. 24 .. Incisione semplice di emorroide trombizzata procidente
- n. 25 .. Infiltrazione di cheloide
- n. 26 .. Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli
- n. 27 .. Interventi sulla cute e tessuto sottocutaneo del tronco e arti interessanti follicoli piliferi, unghie, ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare
- n. 28 .. Legatura elastica delle emorroidi
- n. 29 .. Manometria ano-rettale
- n. 30 .. ph-metria esofagea
- n. 31 .. Puntura evacuativa di idrocele
- n. 32 .. Retto-sigmoidoscopia con endoscopio rigido con o senza biopsia
- n. 33 .. Rimozione di corpo estraneo dalla cute
- n. 34 .. Rimozione di tessuto necrotico superficiale
- n. 35 .. Sbrigliamento di sinechie del pene
- n. 36 .. Sclerosi di fistola pilonidale
- n. 37 .. Scleroterapia delle emorroidi
- n. 38 .. Test di Bernstein
- n. 39 .. Uretroscopia
- DERMATOLOGIA-CHIRURGIA PLASTICA**
- n. 40 .. Biopsia (incisionale di lesioni sospette di malignità a scopo diagnostico, shaving, escissionale, etc.)
- n. 41 .. Chemiochirurgia cutanea (peeling chimici superficiali e medi)
- n. 42 .. Crioterapia medica (neve carbonica)
- n. 43 .. Dermoabrasione degli strati cutanei superficiali
- n. 44 .. Drenaggio di idrosadenite, ascesso, perionissi, follicoliti suppurate, favo
- n. 45 .. Elettrottricogenesi
- n. 46 .. Epilazione
- n. 47 .. Escarectomia di tessuto necrotico infezione ustione
- n. 48 .. Fotoringiovanimento non ablativo
- n. 49 .. Fototerapia con radiazioni non ionizzanti (UVB, UVA)

n. 50	..	Frenulotomia labiale e linguale
n. 51	..	Frenulotomia peniena
n. 52	..	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
n. 53	..	Incisione di ascessi cutanei
n. 54	..	Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee
n. 55	..	Ossigenazione iperbarica
n. 56	..	Radiofrequenza
n. 57	..	Rimozione di adenoma sebaceo
n. 58	..	Rimozione di angiocheratoma
n. 59	..	Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc)
n. 60	..	Rimozione di carcinoma basocellulare (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
n. 61	..	Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica)
n. 62	..	Rimozione di chiazza ipercromica
n. 63	..	Rimozione di ciste (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.)
n. 64	..	Rimozione di condilomi acuminati
n. 65	..	Rimozione di dermatofibroma
n. 66	..	Rimozione di fibrangioma
n. 67	..	Rimozione di fibroma mollusco
n. 68	..	Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico
n. 69	..	Rimozione di lago venoso delle labbra
n. 70	..	Rimozione di lentigo simplex
n. 71	..	Rimozione di linfangioma
n. 72	..	Rimozione di milio
n. 73	..	Rimozione di mollusco contagioso
n. 74	..	Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher, di unna, etc)
n. 75	..	Rimozione di nevo melanocitico (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
n. 76	..	Rimozione di pecilodermia di civatte
n. 77	..	Rimozione di siringoma
n. 78	..	Rimozione di tatuaggio
n. 79	..	Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori
n. 80	..	Rimozione di tricoepitelioma
n. 81	..	Rimozione di verruca (volgari, plantare, piana, filiforme, etc.)
n. 82	..	Rimozione di xantelasma palpebrale
n. 83	..	Rimozione parziale di unghia
n. 84	..	Terapia iniettiva a base di filler
n. 85	..	Terapia iniettiva a base di tossina botulinica
n. 86	..	Terapia rivitalizzante cutanea iniettiva e transdermica
		FLEBOLOGIA
n. 87	..	Bendaggio elastocompressivo
n. 88	..	Iniezioni endovenose sclerosanti
n. 89	..	Mesoterapia
n. 90	..	Piccoli atti chirurgici su ulcere, cute e vene superficiali con incisioni inferiori a 2 cm
n. 91	..	Scleroterapia con liquidi e/o con schiuma, ecoguidata e non, dalle teleangectasie ai tronchi safenici
n. 92	..	Trattamento delle ulcere degli arti inferiori
n. 93	..	Trombectomia, sia con anestesia locale che senza
		GASTROENTEROLOGIA
n. 94	..	Biopsia endoscopica del retto con pinza mono-uso
n. 95	..	Drenaggio percutaneo addominale
		GINECOLOGIA
n. 96	..	Amniocentesi
n. 97	..	Aspirazione cisti mammaria
n. 98	..	Aspirazione cisti vaginale
n. 99	..	Asportazione condilomi vaginali
n. 100	..	Asportazione condilomi vulvari e perineali
n. 101	..	Biopsia endometriale

- n. 102 " Biopsia portio
- n. 103 " Biopsia portio a guida colposcopica
- n. 104 " Biopsia vulvare
- n. 105 " Cauterizzazione della portio
- n. 106 " DTC portio
- n. 107 " Ecoisteroscopia dinamica
- n. 108 " Inserimento e rimozione IUD
- n. 109 " Isteroscopia
- OCULISTICA**
- n. 110 " Applicazione terapeutica di lente a contatto
- n. 111 " Argonlaser-trabeculoplastica
- n. 112 " Capsulotomia Yag-Laser per cataratta secondaria
- n. 113 " Depilazione per trichiasi
- n. 114 " Elettrolisi delle ciglia
- n. 115 " Estrazione corpi estranei superficiali dalla cornea e congiuntiva
- n. 116 " Fotocoagulazione laser del segmento anteriore
- n. 117 " Fotocoagulazione laser per patologia retinica
- n. 118 " Iniezione peribulbare
- n. 119 " Iniezione sottocongiuntivale
- n. 120 " Iridotomia laser
- n. 121 " Irrigazione dell'occhio
- n. 122 " Lavaggio vie lacrimali
- n. 123 " Medicazione oftalmica
- n. 124 " Terapia laser e TTT delle patologie tumorali retino-coroideali
- n. 125 " Terapia laser e TTT delle patologie vascolari retiniche
- n. 126 " Trattamento laser cisti iridee
- ODONTOIATRIA**
- n. 127 " Attività peritali
- n. 128 " Conservativa
- n. 129 " Endodonzia
- n. 130 " Igiene e profilassi
- n. 131 " Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm
- n. 132 " Implantologia in pazienti di età comunque superiore a cinque anni
- n. 133 " Ortodonzia
- n. 134 " Parodontologia
- n. 135 " Protesi
- ORTORINOLARINGOIATRIA**
- n. 136 " Agoaspirato linfonodale o di neoformazioni delle ghiandole salivari diagnosticate come tali anche ecoguidato
- n. 137 " Agopuntura nel distretto otorinolaringoiatrico
- n. 138 " Asportazione di cisti del cavo orale diagnosticate come tali
- n. 139 " Asportazione di lesioni cutanee o sottocutanee con diametro inferiore a 5 cm a freddo o con strumentazioni elettromedicali
- n. 140 " Biopsie nel distretto otorinolaringoiatrico
- n. 141 " Causticazione di varici nasali anteriori
- n. 142 " Chiusura di fistola oroantrale
- n. 143 " Dermoabrasione
- n. 144 " Esercizi di riabilitazione foniatrica
- n. 145 " Esercizi di riabilitazione vestibolare
- n. 146 " Frenulotomia linguale e labiale
- n. 147 " Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli
- n. 148 " Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali
- n. 149 " Lisi di aderenze nasali
- n. 150 " Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico
- n. 151 " Messa a punto di protesi uditive
- n. 152 " Miringotomia con o senza inserzione di tubo (grummet)
- n. 153 " Posizionamento di inserti inerti (impianti) nel palato molle

- n. 154 " Riduzione di fratture delle ossa proprie nasali senza incisione
- n. 155 " Riduzione di volume dei turbinati inferiori con radiofrequenza o analoghi strumenti elettromedicali
- n. 156 " Riduzione di volume strumentale dell'ugola
- n. 157 " Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o orofaringe senza incisione
- n. 158 " Terapia iniettiva a base di tossina botulinica

MODELLO D.I.A.
studio professionale associato

Al Sindaco del Comune di

.....

OGGETTO: DICHIARAZIONE INIZIO ATTIVITA' per STUDIO MEDICO o ODONTOIATRICO
(Regolamento 8 ottobre 2008, n.52)

1) Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

2) Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

3) ripetere n° volte per ogni singolo componente lo studio professionale associato

oppure

Il sottoscritto legale rappresentante pro tempore _____
nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ provincia _____
via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevoli/e delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000

in relazione allo studio professionale associato

MEDICO **

ODONTOIATRICO **

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____ int. _____

DICHIARANO/DICHIARA

** L'AVVIO ATTIVITA'

- lo studio avvia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

** L'AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA'

- lo studio amplia le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- lo studio avvia le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

** LA RIDUZIONE ATTIVITA'

- lo studio cessa le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività contrassegnate in elenco allegato
- lo studio cessa le prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzate alla refertazione per terzi

** L'AMPLIAMENTO LOCALI

tipologia: - locale di attività - locale servizi igienici - locale attesa, accettazione, attività amministrative

** LA RIDUZIONE LOCALI

tipologia: - locale di attività - locale servizi igienici - locale attesa, accettazione, attività amministrative

** LA TRASFORMAZIONE LOCALI ¹

tipologia: - locale di attività - locale servizi igienici - locale attesa, accettazione, attività amministrative

** IL TRASFERIMENTO SEDE

indirizzo nuova sede _____

¹ Per trasformazioni interne si intendono le azioni che incidono sulla conformità dello studio ai requisiti (L.R.8/99 art.6)

DICHIARANO/DICHIARA INOLTRE

che lo studio professionale associato possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui all'allegato C del Regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 ed osserva le prescrizioni contenute nello stesso allegato.

Che presso lo studio professionale associato:

- .. non opera personale sanitario
- .. opera personale sanitario

ALLEGANO/ALLEGA

- atto (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante le generalità dei professionisti che costituiscono lo studio associato;
- documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
- documento (con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000) o dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante.

data

.....
firma²

.....
firma²

.....
firma²

firma di ogni singolo componente lo studio professionale associato/legale rappresentante

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003
(da completare a cura del Comune)

² La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente alla copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA' SOGGETTE A DIA

- CARDIOLOGIA**
- n. 1 .. Iniezioni endovenose sclerosanti
- CHIRURGIA GENERALE-CHIRURGIA TORACICA**
- n. 2 .. Agoaspirazione di cisti della mammella ecoguidata o non
- n. 3 .. Agoaspirazione o incisione semplice di ascesso della mammella
- n. 4 .. Agobiopsia delle stazioni linfonodali superficiali (inguinali, ascellari, latero-cervicali)
- n. 5 .. Anoscopia con o senza biopsia
- n. 6 .. Aspirazione di ascesso, ematoma, sieroma della cute e del tessuto sottocutaneo
- n. 7 .. Asportazione di condilomi del pene
- n. 8 .. Asportazione di condilomi perianali
- n. 9 .. Asportazione di lesione pedunculata anale e perianale
- n. 10 .. Biopsia chirurgica o ecoguidata dei tessuti molli della parete toracica e addominale
- n. 11 .. Biopsia del pene
- n. 12 .. Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
- n. 13 .. Cateterismo vescicale
- n. 14 .. Cistoscopia retrograda transuretrale con o senza biopsia
- n. 15 .. Cromocistoscopia
- n. 16 .. Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
- n. 17 .. Esame urodinamico
- n. 18 .. Esofago-gastroduodenoscopia con o senza biopsia o altri esami diagnostici
- n. 19 .. Exeresi di cisti sebacee perianali, del pene, dello scroto
- n. 20 .. Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro
- n. 21 .. Incisione di ascesso dei piani soprafasiali
- n. 22 .. Incisione di fistola o cisti pilonidale
- n. 23 .. Incisione semplice di ascesso perianale
- n. 24 .. Incisione semplice di emorroide trombizzata procidente
- n. 25 .. Infiltrazione di cheloide
- n. 26 .. Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli
- n. 27 .. Interventi sulla cute e tessuto sottocutaneo del tronco e arti interessanti follicoli piliferi, unghie, ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare
- n. 28 .. Legatura elastica delle emorroidi
- n. 29 .. Manometria ano-rettale
- n. 30 .. ph-metria esofagea
- n. 31 .. Puntura evacuativa di idrocele
- n. 32 .. Retto-sigmoidoscopia con endoscopio rigido con o senza biopsia
- n. 33 .. Rimozione di corpo estraneo dalla cute
- n. 34 .. Rimozione di tessuto necrotico superficiale
- n. 35 .. Sbrigliamento di sinechie del pene
- n. 36 .. Sclerosi di fistola pilonidale
- n. 37 .. Scleroterapia delle emorroidi
- n. 38 .. Test di Bernstein
- n. 39 .. Uretroscopia
- DERMATOLOGIA-CHIRURGIA PLASTICA**
- n. 40 .. Biopsia (incisionale di lesioni sospette di malignità a scopo diagnostico, shaving, escissionale, etc.)
- n. 41 .. Chemiochirurgia cutanea (peeling chimici superficiali e medi)
- n. 42 .. Crioterapia medica (neve carbonica)
- n. 43 .. Dermoabrasione degli strati cutanei superficiali
- n. 44 .. Drenaggio di idrosadenite, ascesso, perionissi, follicoliti suppurate, favo
- n. 45 .. Elettrotrocogenesi
- n. 46 .. Epilazione
- n. 47 .. Escarectomia di tessuto necrotico infezione ustione
- n. 48 .. Fotoringiovanimento non ablativo
- n. 49 .. Fototerapia con radiazioni non ionizzanti (UVB, UVA)
- n. 50 .. Frenulotomia labiale e linguale

n. 51	..	Frenulotomia peniena
n. 52	..	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
n. 53	..	Incisione di ascessi cutanei
n. 54	..	Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee
n. 55	..	Ossigenazione iperbarica
n. 56	..	Radiofrequenza
n. 57	..	Rimozione di adenoma sebaceo
n. 58	..	Rimozione di angiocheratoma
n. 59	..	Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc)
n. 60	..	Rimozione di carcinoma basocellulare (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
n. 61	..	Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica)
n. 62	..	Rimozione di chiazza ipercromica
n. 63	..	Rimozione di ciste (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.)
n. 64	..	Rimozione di condilomi acuminati
n. 65	..	Rimozione di dermatofibroma
n. 66	..	Rimozione di fibrangioma
n. 67	..	Rimozione di fibroma mollusco
n. 68	..	Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico
n. 69	..	Rimozione di lago venoso delle labbra
n. 70	..	Rimozione di lentigo simplex
n. 71	..	Rimozione di linfangioma
n. 72	..	Rimozione di milio
n. 73	..	Rimozione di mollusco contagioso
n. 74	..	Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher, di unna, etc)
n. 75	..	Rimozione di nevo melanocitico (dimensioni • 1 cm di diametro; dimensioni • 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
n. 76	..	Rimozione di pecilodermia di civatte
n. 77	..	Rimozione di siringoma
n. 78	..	Rimozione di tatuaggio
n. 79	..	Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori
n. 80	..	Rimozione di tricoepitelioma
n. 81	..	Rimozione di verruca (volgari, plantare, piana, filiforme, etc.)
n. 82	..	Rimozione di xantelasma palpebrale
n. 83	..	Rimozione parziale di unghia
n. 84	..	Terapia iniettiva a base di filler
n. 85	..	Terapia iniettiva a base di tossina botulinica
n. 86	..	Terapia rivitalizzante cutanea iniettiva e transdermica
FLEBOLOGIA		
n. 87	..	Bendaggio elastocompressivo
n. 88	..	Iniezioni endovenose sclerosanti
n. 89	..	Mesoterapia
n. 90	..	Piccoli atti chirurgici su ulcere, cute e vene superficiali con incisioni inferiori a 2 cm
n. 91	..	Scleroterapia con liquidi e/o con schiuma, ecoguidata e non, dalle teleangectasie ai tronchi safenici
n. 92	..	Trattamento delle ulcere degli arti inferiori
n. 93	..	Trombectomia, sia con anestesia locale che senza
GASTROENTEROLOGIA		
n. 94	..	Biopsia endoscopica del retto con pinza mono-uso
n. 95	..	Drenaggio percutaneo addominale
GINECOLOGIA		
n. 96	..	Amniocentesi
n. 97	..	Aspirazione cisti mammaria
n. 98	..	Aspirazione cisti vaginale
n. 99	..	Asportazione condilomi vaginali
n. 100	..	Asportazione condilomi vulvari e perineali
n. 101	..	Biopsia endometriale
n. 102	..	Biopsia portio

- n. 103 .. Biopsia portio a guida colposcopica
- n. 104 .. Biopsia vulvare
- n. 105 .. Cauterizzazione della portio
- n. 106 .. DTC portio
- n. 107 .. Ecoisteroscopia dinamica
- n. 108 .. Inserimento e rimozione IUD
- n. 109 .. Isteroscopia
- OCULISTICA**
- n. 110 .. Applicazione terapeutica di lente a contatto
- n. 111 .. Argonlaser-trabeculoplastica
- n. 112 .. Capsulotomia Yag-Laser per cataratta secondaria
- n. 113 .. Depilazione per trichiasi
- n. 114 .. Elettrolisi delle ciglia
- n. 115 .. Estrazione corpi estranei superficiali dalla cornea e congiuntiva
- n. 116 .. Fotocoagulazione laser del segmento anteriore
- n. 117 .. Fotocoagulazione laser per patologia retinica
- n. 118 .. Iniezione peribulbare
- n. 119 .. Iniezione sottocongiuntivale
- n. 120 .. Iridotomia laser
- n. 121 .. Irrigazione dell'occhio
- n. 122 .. Lavaggio vie lacrimali
- n. 123 .. Medicazione oftalmica
- n. 124 .. Terapia laser e TTT delle patologie tumorali retino-coroideali
- n. 125 .. Terapia laser e TTT delle patologie vascolari retiniche
- n. 126 .. Trattamento laser cisti iridee
- ODONTOIATRIA**
- n. 127 .. Attività peritali
- n. 128 .. Conservativa
- n. 129 .. Endodonzia
- n. 130 .. Igiene e profilassi
- n. 131 .. Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm
- n. 132 .. Implantologia in pazienti di età comunque superiore a cinque anni
- n. 133 .. Ortodonzia
- n. 134 .. Parodontologia
- n. 135 .. Protesi
- ORTORINOLARINGOIATRIA**
- n. 136 .. Agoaspirato linfonodale o di neoformazioni delle ghiandole salivari diagnosticate come tali anche ecoguidato
- n. 137 .. Agopuntura nel distretto otorinolaringoiatrico
- n. 138 .. Asportazione di cisti del cavo orale diagnosticate come tali
- n. 139 .. Asportazione di lesioni cutanee o sottocutanee con diametro inferiore a 5 cm a freddo o con strumentazioni elettromedicali
- n. 140 .. Biopsie nel distretto otorinolaringoiatrico
- n. 141 .. Causticazione di varici nasali anteriori
- n. 142 .. Chiusura di fistola oroantrale
- n. 143 .. Dermoabrasione
- n. 144 .. Esercizi di riabilitazione foniatrica
- n. 145 .. Esercizi di riabilitazione vestibolare
- n. 146 .. Frenulotomia linguale e labiale
- n. 147 .. Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli
- n. 148 .. Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali
- n. 149 .. Lisi di aderenze nasali
- n. 150 .. Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico
- n. 151 .. Messa a punto di protesi uditive
- n. 152 .. Miringotomia con o senza inserzione di tubo (grummet)
- n. 153 .. Posizionamento di inserti inerti (impianti) nel palato molle
- n. 154 .. Riduzione di fratture delle ossa proprie nasali senza incisione

- n. 155 " Riduzione di volume dei turbinati inferiori con radiofrequenza o analoghi strumenti elettromedicali
- n. 156 " Riduzione di volume strumentale dell'ugola
- n. 157 " Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o orofaringe senza incisione
- n. 158 " Terapia iniettiva a base di tossina botulinica