

Spett.le ATS INSUBRIA  
 DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA  
**Struttura Complessa IGIENE E SANITA' PUBBLICA**  
[protocollo@pec.ats-insubria.it](mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it)

### DICHIARAZIONE DI VARIAZIONE DATI STRUTTURE SANITARIE

**legale rappresentante, denominazione e/o ragione sociale, direttore/responsabile sanitario, subentro, cessata attività**  
**escluse le variazioni di cui alla DELIBERAZIONE N. VII/3312 DEL 02.02.2001 per le quali è prevista presentazione di istanza con il gestionale SIGAUSS**

Il/la sottoscritto/a Cognome .....	Nome .....
Codice Fiscale .....	Sesso M F Data di nascita .....
Luogo di nascita: Stato .....	Provincia ..... Comune .....
Residenza: Provincia .....	Comune .....
Via/Piazza .....	n° ..... C.A.P. ....
Cittadinanza .....	
Telefono .....	Cellulare ..... Fax .....
e-mail .....	PEC .....
in qualità di <input type="checkbox"/> titolare <input type="checkbox"/> legale rappresentante della:	
<input type="checkbox"/> Società <input type="checkbox"/> Ditta individuale <input type="checkbox"/> Altro .....	
Ragione Sociale/Denominazione .....	
Partita I.V.A. .... Codice Fiscale .....	
con sede legale nel Comune di ..... Provincia .....	
Via/Piazza ..... n° ..... C.A.P. ....	
Telefono ..... e-mail ..... PEC .....	
<b>ente gestore della struttura denominata:</b>	
.....	
sita in.....via.....scala .....	
Piano.....telefono .....	

## COMUNICA

### A) LA VARIAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE/TITOLARE

*(senza modifiche strutturali ai locali e modifiche alle prestazioni erogate)*

Da .....

A .....

a far data dal .....

individuato dal Consiglio di amministrazione dell'Ente .....

con Atto Deliberativo del Consiglio di Amministrazione n. .... del .....

Altro .....

### A1) DELLA DENOMINAZIONE e/o RAGIONE SOCIALE DELL'ENTE GESTORE

*(senza modifiche strutturali ai locali e modifiche alle prestazioni erogate)*

Da .....

(Ragione Sociale/Denominazione/Partita I.V.A./Codice Fiscale/e-mail/PEC)

A .....

(Ragione Sociale/Denominazione/Partita I.V.A./Codice Fiscale/e-mail/PEC)

a far data dal .....

### ALLEGA

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità;
2. comunicazione cessata attività del precedente titolare /legale rappresentante
3. copia dell'Atto Deliberativo del Consiglio di Amministrazione dell'Ente/Società di nomina del nuovo Legale Rappresentante
4. copia dell'atto notarile o altro atto equipollente
5. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà relativa a documentazione "antimafia" (art.47 DPR 445/2000)
6. Dichiarazione conferma incarico del direttore sanitario MOD. 3
7. Se il nuovo legale rappresentante/titolare è un medico o odontoiatra allegare autocertificazione titoli di studio (MOD. 6)
8. Se trattasi di società allegare visura camerale

**B) IL SUBENTRO NEI TITOLI AUTORIZZATIVI PRECEDENTEMENTE INTESTATI A:**  
(senza modifiche strutturali ai locali e modifiche alle prestazioni erogate)

Da \_\_\_\_\_  
(Ragione Sociale/Denominazione/Partita I.V.A./Codice Fiscale/e-mail/PEC)

A \_\_\_\_\_  
(Ragione Sociale/Denominazione/Partita I.V.A./Codice Fiscale/e-mail/PEC)

relativi alla struttura sanitaria erogante esclusivamente prestazioni in regime ambulatoriale classificata come:

- attività specialistica ambulatoriale
- attività odontoiatrica monospecialistica
- attività odontoiatrica monospecialistica riclassificata ai sensi della DGR 5724/2001

a far data dal .....

**ALLEGA**

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità;
2. comunicazione cessata attività del precedente titolare /legale rappresentante
3. copia dell'Atto Deliberativo del Consiglio di Amministrazione dell'Ente/Società di nomina del nuovo Legale Rappresentante
4. copia dell'atto notarile o altro atto equipollente
5. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà relativa a documentazione "antimafia" (art.47 DPR 445/2000)
6. Dichiarazione conferma incarico del direttore sanitario (MOD. 3)
7. Se il nuovo legale rappresentante/titolare è un medico o odontoiatra allegare autocertificazione titoli di studio MOD. 6
8. Se trattasi di società allegare visura camerale
9. descrizione attività ambulatoriale (MOD. 4)
10. elenco del personale (MOD. 5)
11. apparecchiature elettromedicali (MOD. 8)

**C) L'INSERIMENTO DELLE SEGUENTI BRANCHE SPECIALISTICHE/ATTIVITA' SANITARIE**  
**(per unità organizzative es. diagnostica per immagini occorre scia/istanza):**

.....  
a far data dal .....

**ALLEGA**

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000);
2. descrizione attività ambulatoriale aggiornata (MOD. 4)
3. elenco del personale (MOD. 5)
4. autocertificazione possesso titoli personale medico (MOD. 6)
5. autocertificazione possesso titoli personale sanitario (MOD. 7)
6. apparecchiature elettromedicali (MOD. 8)
7. pagamento diritti sanitari (56,36 Euro fino a 5 locali destinati ad attività sanitaria aggiungere 13 euro per ogni locale in più -(tariffario - voce 2) secondo le modalità indicate nel collegamento <https://www.ats-insubria.it/news/6399-nuove-modalita-di-pagamento-pagopa>

**D) LA VARIAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE SANITARIO**

che a far data dal..... il nuovo Direttore/Responsabile Sanitario è il Dr. ....  
 .....  
 nato a ..... il .....  
 residente a ..... Prov. .... Via .....  
 iscritto all'Ordine dei Medici chirurghi di ..... al n° .....  
 iscritto all'Ordine degli Odontoiatri di ..... al n° .....

**ALLEGA**

1. lettera di dimissioni o di rinuncia all'incarico da parte del precedente Responsabile Sanitario (MOD. 9)
2. dichiarazione di accettazione di incarico del Direttore Sanitario datata, firmata e timbrata e accompagnata dalla copia fronte retro della carta d'identità valida dello stesso (MOD. 3)
3. autocertificazione del possesso dei titoli di studio del nuovo Direttore Sanitario (MOD. 6)
4. descrizione attività ambulatoriale aggiornata a firma della nuova direzione sanitaria (MOD. 4)

 **E) LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ**

a far data dal .....

**ALLEGA**

1. copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità
2. Atto autorizzativo/documentazione rilasciata/inviata all'atto dell'apertura
3. Autorizzazione per effettuazione pubblicità sanitaria (se rilasciata)

**DICHIARA INOLTRE**

- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Insubria;
- di essere informato che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle leggi in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000)

Data .....

(firma del dichiarante) .....