

## MODULO UTILIZZO STUDIO SINGOLO

ATS INSUBRIA  
DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA  
[protocollo@pec.ats-insubria.it](mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it)

### COMUNICAZIONE AVVIO ATTIVITÀ PROFESSIONALE SANITARIA DI PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA

Il/la sottoscritto/a Cognome ..... Nome .....  
Codice Fiscale ..... Data di nascita .....  
Luogo di nascita: Provincia ..... Comune .....  
Residenza: Provincia ..... Comune .....  
Via/Piazza ..... n° ..... C.A.P. ....  
Telefono ..... Cellulare ..... Fax .....  
e-mail ..... PEC .....  
in possesso del titolo di.....

#### COMUNICA

- (ai sensi della DGR. n. VII/5724 del 27 luglio 2001) l'avvio di uno Studio Professionale di
- PSICOLOGO
- PSICOTERAPEUTA**
- sito nel Comune di .....
- Via/Piazza ..... n° ..... Piano ..... C.A.P. ....
- Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

#### DICHIARA

- che presso lo Studio verranno eseguite le seguenti attività sanitarie:  
.....
- che le prestazioni erogate non determinano procedure diagnostiche terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente (DGR. n. VII/5724 del 27 luglio 2001);
- il possesso dei requisiti igienico-strutturali degli ambienti nei quali è svolta l'attività e dei requisiti di sicurezza degli impianti secondo quanto previsto dalla normativa vigente

#### ALLEGA

- copia documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 D.P.R. 445/2000) e degli eventuali professionisti operanti nello studio;
- autocertificazione dei titoli professionali dei professionisti operanti nello studio
- planimetria  descrizione dei locali  dichiarazione del possesso dei requisiti generali e specifici di cui al DPR 14.1.1997

Data.....

(firma del dichiarante)

.....