**MODULO UTILIZZO STUDIO SINGOLO**

ATS INSUBRIA

DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA

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 diagnostico 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)

 ……………………………………..