



(spazio per apposizione protocollo)

Oggetto: Comunicazione variazioni strutture sanitarie

Il sottoscritto, sig./dr. _____ nato a _____

il _____ CF _____ p.IVA _____

residente a _____ CAP _____ via/pz _____ n° _____

tel. _____ e-mail _____ PEC _____

Rappresentante Legale dell'Ente _____

sede legale a _____ CAP _____ via/pz _____ n. _____ piano _____

CF _____ p.IVA _____ email _____

PEC _____ per la (1) _____

(denominata) _____ Comune di _____

via/pz _____ n° _____ piano _____ tel. _____

autorizzazione/presa d'atto/S.C.I.A.(2) n. _____ del _____

consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,**DICHIARA** che a decorrere dal _____ (compreso) **(A)** è subentrato a _____ C.F. _____

P.IVA _____ sede legale a _____ via/pz _____

n. _____ piano _____ PEC _____ e-mail _____

nella gestione dell'attività sanitaria della struttura citata

 (B) è il nuovo Rappresentante Legale (dell'Ente che detiene la gestione della struttura citata) **(C)** ha trasferito la sede legale a _____ via/pz _____

n. _____ piano _____ tel. _____

 (D) ha nominato nuovo Direttore o Responsabile (2) Sanitario per i servizi medici e odontoiatrici (3) il dr.

_____ CF _____ p.IVA _____

PEC _____ email _____



tel. _____

iscritto all'Albo dei medici/odontoiatri (2) di _____ al n° _____ dal _____

iscritto all'Albo dei medici/odontoiatri (2) di _____ al n° _____ dal _____

DICHIARA inoltre che

- le variazioni sopraindicate non comportano alcuna modifica dell'assetto strutturale, funzionale e organizzativo;
- i locali non sono stati modificati rispetto alle planimetrie già in possesso di codesta A.T.S.;
- nulla è cambiato rispetto alle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata;
- permangono soddisfatti tutti i requisiti autorizzativi;

ALLEGA

- (sempre): fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità;
- (B): atto di subentro + autocertificazione antimafia + visura camerale aggiornata, con "oggetto sociale" e cod. "ATECO" idonei alla gestione della tipologia di struttura;
- (C): visura camerale aggiornata, con "oggetto sociale" e cod. "ATECO" idonei alla gestione della tipologia di struttura;
- (D): modello di nomina + autocertificazione di possesso dei titoli; se segue a cessazione del precedente, allegare anche una dichiarazione del rappresentante legale con tutti i dati del cessato e la data da cui parte la cessazione.
- attestazione di avvenuto versamento dei diritti sanitari, intestato a "A.T.S. della Brianza - Settore IPATSSL Servizio Tesoreria -Viale Elvezia n. 2 - 20900 Monza", di € **45,44**, previsti dal tariffario vigente alla voce 45, da effettuarsi collegandosi al sito <https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html>, selezionando: **Diritti sanitari da prestazioni IPA** e inserendo i dati richiesti.

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE

Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - Agenzia ATS Brianza - Dipartimenti - Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria – S.C. Igiene e Sanità Pubblica - Privacy;
- Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell'espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it

Data, _____ Il Rappresentante Legale _____
(firma leggibile e per esteso)Il nuovo Direttore/Responsabile (2) Sanitario (solo caso D) _____
(firma leggibile e per esteso)

- (1) es: odontostomatologia monospécialistica (c.d. AOM), struttura ambulatoriale, ricovero e cura, ecc.
- (2) cancellare la parte che **non** interessa
- (3) se per ambedue i servizi; **oppure** cancellare quello non attinente la nomina