

Allegato 1

Modello di comunicazione di apertura/trasferimento studi a cura del MMG/PdF

Agli Uffici Amministrativi competenti per zona

Il sottoscritto dr. _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____

Indirizzo (via/piazza) _____ telefono _____

C.F. / p.IVA _____ Cod. Regionale _____

iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____

COMUNICA

ai sensi dell'art 35 ACN MMG ed art. 33 ACN PdF

- apertura
- trasferimento
- altro (da specificare) _____

di uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui al rispettivo ACN di:

- MMG
- PdF

posto in _____ via / piazza _____ (scala
_____ piano _____) telefono _____ Fax _____

in cui effettuerà le proprie prestazioni

- singolarmente
- in regime di associazione con altri colleghi

DICHIARA CHE PRESSO LA SUDETTA STRUTTURA

- non opera alcun personale
- svolgono attività con contratto per lo studio medico n° _____ persone, anche saltuariamente, con mansioni di:
 - segreteria
 - assistenza infermieristica
 - altro _____

svolgono attività non in rapporto con lo studio medico convenzionato n° _____ persone,
anche saltuariamente, con mansioni di:

professionista sanitario non medico (specificare) _____

altro _____

DICHIARA INOLTRE CHE:

i locali sono rispondenti a quanto previsto dall'ACN ai sensi dell'art. 35 commi 3 e 4 MMG e art. 33 commi 3 e 4 PdF:

gli ambienti sono adibiti esclusivamente ad uso di studio medico

gli ambienti sono inseriti in un appartamento di civile abitazione con locali appositamente dedicati

SI NO

lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione

SI NO

se SI,

lo studio ha ingresso indipendente

non c'è comunicazione fra le due strutture

indicare quali sono le attività _____

che la struttura rispetta l'applicazione dei Regolamenti Comunali dell'Edilizia e d'Igiene;

Al fine di favorire l'attività di controllo dell'Azienda, allega alla presente la piantina della struttura oltre che l'orario esposto all'ingresso dello studio medico oggetto della dichiarazione e di eventuali altri studi.

Dichiara infine, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n° 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo _____ data _____

Timbro e Firma Medico Convenzionato
