

REGIONE LAZIO
DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI
Comunicazione inizio attività studio medico o odontoiatrico singolo o associato
(L.R. n. 4/2003; Regolamento regionale N. 2/2007 e s.m.i. D.G.R. 447/2015)

Al Direttore della Direzione
“Salute e Politiche Sociali”
REGIONE LAZIO

PEC:autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

all’Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di.....
LORO SEDI

OGGETTO: Deliberazione della Giunta regionale del Lazio n. 447/2015. Richiesta annullamento istanza di conferma dell’autorizzazione su piattaforma SAAS

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’
(Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto/a

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (Prov. _____)

In Via/Piazza _____ n.

In qualità di: (Attenzione: barrare una sola casella)

Titolare / Legale Rappresentante*
della struttura denominata

P.IVA _____ e-mail _____

Sita in _____ (Prov. _____)

Via/Piazza _____ n.

*in caso di Studio Associato

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la mia responsabilità

DICHIARO

che le prestazioni erogate nello studio indicato:

a) non sono comprese tra quelle soggette ad autorizzazione regionale all’esercizio dell’attività sanitaria e socio sanitaria (L.R. n. 4/2003) e non comportano interventi di chirurgia ambulatoriale,

Modello 2 BIS-- Annullamento istanza di autorizzazione iscrizione SAAS- attività non soggetta ad autorizzazione- Dic 2017
ovvero, procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o un rischio per la sicurezza del paziente;

b) rientrano in quelle considerate a minore invasività, come da elenco allegato "1" alla Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 447 del 09/09/2015;

Chiedo l'annullamento della richiesta di conferma dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, effettuata tramite il sistema informativo SAASS.

Mi impegno, inoltre, ad inviare apposita comunicazione all'Azienda USL territorialmente competente, come da allegato "2" alla Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 447 del 09/09/2015.

Allego, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000, n. 445, copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità.

Luogo e data _____

Firma per esteso e leggibile

Firma
