AL PRESIDENTE

DELLA GIUNTA REGIONALE DI BASILICATA

Via Vincenzo Verrastro

85100 POTENZA

E p.c. ALL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

DELLA PROVINCIA DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P. – CITTA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: Domanda per il rilascio dell’autorizzazione all’apertura e all’esercizio di attività**

 **odontoiatrica.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F./P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di titolare/legale rappresentante della struttura Odontoiatrica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.E.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ai sensi della L.R. n. 11 del 26 giugno 2014,

C H I E D E

il rilascio dell’autorizzazione all’apertura/ampliamento/trasformazione/trasferimento/altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e all’esercizio dell’attività della seguente struttura Odontoiatrica denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_situata in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Dichiara altresì,:

* di essere iscritto all’Albo degli Odontoiatrici dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_;
* di essere in regola con quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.;
* di essere in regola con le norme relative alla protezione dei dati personali e sensibili di cui al D.Lgs. n. 196/2003.

Si allega alla presente la seguente documentazione:

□ Pianta in scala 1:100 con:

· layout delle attrezzature e degli arredi;

· destinazione d’uso dei singoli locali;

· superficie in mq degli ambienti;

□ Relazione tecnica di conformità degli impianti, con allegata documentazione prevista per l’esercizio *(art. 4 – LR 11/2014*);

□ Relazione sull’utilizzo di eventuali gas anestetici impiegati durante l’attività, elaborati grafici indicanti le modalità di adduzione e smaltimento degli stessi (*se utilizzati*);

□ Certificato di agibilità con specifica destinazione d’uso della struttura rilasciato, ai sensi della norma vigente, dal Comune competente per territorio;

□ Relazione dettagliata riferita alle prestazioni ed attività che si intendono erogare a firma del responsabile sanitario (*legale rappresentante*);

□ Elenco degli arredi , delle attrezzature;

□ Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del titolare o legale rappresentante della struttura o dell’attività circa la rispondenza della stessa ai requisiti minimi stabiliti (*corredata da copia del documento di identità in corso di validità)*;

□ Dichiarazione sostitutiva del titolare della struttura di non essere socio o titolare unico nella gestione di altre strutture sanitarie;

□ Copia dell’atto costitutivo se il richiedente è persona giuridica, associazione, organizzazione o ente comunque denominato;

□ Nomina del responsabile sanitario, legittimato all’esercizio dell’Odontoiatria ai sensi della legge 409/85, controfirmato per accettazione;

□ Dotazione organica del personale di servizio, nonché generalità e titoli del personale operante nella struttura;

□ Regolamento interno:

□ Copia provvedimento regionale di compatibilità (solo per le strutture di cui all’art. 2 - comma 2 della L.R. 11/2014).

Chiede, infine, che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per esteso

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* *Barrare con una* ***X*** *la voce che interessa.*