

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,

CHIEDE

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.
- di aver prodotto comunicazione ai sensi della L.R. n. 21/2011 in data _____;
- di non aver prodotto comunicazione ai sensi della L.R. n. 21/2011.

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.