

	Pratica N°
Comune di BOLOGNA	

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	

il/la sottoscritto/a(*)	
Nato a(*)	(Prov:)
il(*)	cod.Fiscale(*)
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	CAP(*) (Prov:)
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria(*)	
tel.(*)	fax
PEC (*)	

Le sezioni seguenti sono da compilare nel caso agisca per conto di altra persona fisica o giuridica da compilare in caso di **Legale rappresentante di società/Titolare di impresa individuale**:

a titolo di (*)	<input type="checkbox"/> TITOLARE DITTA INDIVIDUALE <input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE <input type="checkbox"/> ALTRO		
Specifica:			
denominazione/ragione sociale(*)			
Con sede in(*)	(Prov:)	CAP.(*)	
indirizzo(*)			
telefono		fax	
eMail			
cod.Fiscale o Identificativo Straniero (*)		P.IVA.	
Iscrizione al Registro imprese di		num.	
Codice ATECO dell'attività oggetto della presente istanza			

da compilare in caso di Legale rappresentante di privato:

a titolo di(*)	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante di minore <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di adulto interdetto <input type="checkbox"/> Altro
Specifica:	

Nome e cognome(*)			
Nato a (*)	(Prov:)		
Il (*)		Stato di nascita(*)	
cittadinanza(*)		cod.fiscale(*)	
Residente nel Comune di(*)		CAP.(*)	
		(Prov:)	
località/frazione			
indirizzo(*)			

da compilare in caso di Rappresentante di altro ente/associazione - (inclusi enti no profit):

Motivazione della rappresentanza(*)	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Delegato <input type="checkbox"/> Dipendente con rappresentanza		
Specifica:			
Dell'ente rappresentato(*)			
Con sede in(*)		CAP.(*)	
indirizzo(*)			
località/frazione			
telefono		fax	
eMail			
cod.Fiscale o Identificativo Straniero(*)		P.IVA.	

informazioni relative all'iscrizione al Registro regionale delle Persone Giuridiche:

regione		Numero iscrizione al registro regionale	
---------	--	---	--

Descrizione qualifica	<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> OPERATORE DI ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA <input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA
Specifica:	
Isritto all'albo	<input type="checkbox"/> Ordine dei Farmacisti <input type="checkbox"/> Ordine degli architetti <input type="checkbox"/> Collegio dei geometri <input type="checkbox"/> Ordine dei giornalisti <input type="checkbox"/> Ordine degli infermieri (di prossima attuazione) <input type="checkbox"/> Ordine dei geologi <input type="checkbox"/> Ordine dei consulenti del lavoro <input type="checkbox"/> Consiglio nazionale dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Collegio dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Albo dei dottori agronomi e dottori forestali <input type="checkbox"/> Albo unico dei promotori finanziari <input type="checkbox"/> Ordine dei medici <input type="checkbox"/> Ordine degli psicologi <input type="checkbox"/> Ordine dei dottori commercialisti <input type="checkbox"/> Ordine degli avvocati <input type="checkbox"/> Ordine dei notai <input type="checkbox"/> Ordine degli ingegneri <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Iscrizione all'albo non richiesta

<input type="checkbox"/> Iscrizione all'albo non richiesta				
Numero albo		Prov. Di Iscrizione		Data iscrizione
Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente				
<input type="checkbox"/> Istanza <input type="checkbox"/> Segnalazione <input type="checkbox"/> Comunicazione <input type="checkbox"/> Altro				
tramite				
sottoscritto il		Custodito presso		

da compilare in caso di Professionista/associazione di categoria/altro soggetto munito di procura/in qualità di delegato dal procuratore (delegato dal procuratore SOLO per impianti radioelettrici per telefonia mobile):

Descrizione qualifica:	<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> OPERATORE DI ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA
------------------------	---

Per conto di :

Da compilare nel caso il titolare sia Privato:

Nome e cognome (*)				
Nato a(*)				(Prov:)
Il (*)		cod.Fiscale (*)		
Residente in (*)		(Prov:)	CAP.(*)	
Indirizzo (*)				

da compilare nel caso il titolare sia Impresa (impresa individuale, società di persone, società di capitali, società cooperative):

Denominazione/ragione sociale (*)				
Con sede in(*)		(Prov:)	CAP.(*)	
indirizzo(*)				
telefono		fax		
eMail				
cod.Fiscale (*)		P.IVA.		
Provincia di iscrizione al registro imprese		num.		

dati rappresentante legale o titolare

Nome e cognome (*)				
Nato a(*)		(Prov:)	In data (*)	
Residente a (*)		CAP.(*)		
Indirizzo (*)				

OGGETTO

<i>Scelte effettuate per la compilazione</i>

INTERVENTI:

<p>- Comunicazione svolgimento di attività sanitaria in studi medici e di altre professioni sanitarie non soggetti ad autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria già operanti al 20 dicembre 2023, data di pubblicazione della dgr n. 1919/2023 nel bollettino ufficiale telematico della regione Emilia-Romagna, n.355 (artt. 10, 11 e 23 lr 22/2019) o attivati successivamente entro il 31/12/2024 - Modulo 8bis - AGGIORNATO AL 30 SETTEMBRE 2024 –</p>

FAC SIMILE

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

DICHIARA

AI: BOLOGNA

COMUNICAZIONE SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SANITARIA IN STUDI MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE NON SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIA GIÀ OPERANTI AL 20 DICEMBRE 2023, DATA DI PUBBLICAZIONE DELLA DGR N. 1919/2023 NEL BOLLETTINO UFFICIALE TELEMATICO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, N.355 (ARTT. 10, 11 E 23 LR 22/2019) O ATTIVATI SUCCESSIVAMENTE ENTRO IL 31/12/2024 - MODULO 8BIS AGGIORNATO AL 30 SETTEMBRE 2024 -

di comunicare che lo studio professionale indicato di seguito:

ERA GIÀ OPERANTE ALLA DATA DEL 20 DICEMBRE 2023, data di pubblicazione della DGR n. 1919 del 13/11/2023 nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna, n. 355.*	()
--	-----

OPPURE

È DA EQUIPARARSI ALLA CATEGORIA DEGLI STUDI ESISTENTI AL 20/12/2023, in quanto in possesso di un contratto di affitto, un rogito, un compromesso preliminare per l'acquisto di una unità immobiliare da adibire a studio professionale, ovvero una concessione edilizia per ristrutturazione o altro titolo abilitativo riferito allo studio professionale che rechino data uguale o antecedente al 20/12/2023 (ai sensi della nota regionale interpretativa P.G.30/09/2024.1090990.U)*	()
---	-----

OPPURE

È STATO AVVIATO SUCCESSIVAMENTE AL 20 DICEMBRE 2023, MA ENTRO IL 31/12/2024 (ai sensi della nota regionale proroga termini PG.30/09/2024.1095375.U)*	()
--	-----

Comunica, altresì, che si tratta di:*	[]
---------------------------------------	-----

Studio Professionale Medico [1];*	[]
-----------------------------------	-----

Studio Professionale esercente seguente la Professione Sanitaria [1];*	[]
--	-----

denominato*	
-------------	--

sito in*	
----------	--

via*	
------	--

numero*	
---------	--

telefono*	
-----------	--

e_mail*	
---------	--

PEC*	
------	--

CF/PIVA Studio*	
-----------------	--

in attività dal (indicare la data in cui lo studio è stato avviato o si prevede di avviare entro l'anno 2024)*	
--	--

NOTA

Nel caso in cui si tratti di studio associato la Comunicazione è unica e deve riportare i dati richiesti per ognuno dei professionisti associati ed essere sottoscritta da tutti.

Nel caso di polistudio, la Comunicazione deve essere presentata singolarmente da ciascuno dei professionisti costituenti il polistudio e deve essere compilata con i dati richiesti.

Non deve essere fatto riferimento a Società (o denominazioni di fantasia), condizione organizzativa che comporta la trasformazione del polistudio in ambulatorio o poliambulatorio, fattispecie soggetta all'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria.

che:

il possesso del seguente titolo di studio*	
di essere Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri [1]*	[]
provincia di*	
numero*	
di essere iscritto al seguente Albo professionale [1]*	[]
dell'ordine di (indicare la denominazione comprensiva anche dell'articolazione territoriale)*	
numero	

[1] Il medico in possesso di più specializzazioni o il professionista sanitario iscritto a più albi degli ordini professionali, possono esercitare l'attività sanitaria nel proprio studio professionale presentando la Comunicazione di svolgimento attività sanitaria specificando negli appositi spazi le diverse attività sanitarie esercitate e l'iscrizione ai rispettivi albi degli ordini professionali. In tali casi i requisiti strutturali richiesti per lo studio sono quelli più stringenti riferiti all'attività sanitaria concretamente resa e dichiarata che presenta maggiori rischi igienico sanitari per il paziente, fermo restando che negli studi soggetti all'istituto della Comunicazione non possono essere erogate le attività individuate nell'art. 8-ter, comma 2, Dlgs. 502/92 per le quali vige l'obbligo di autorizzazione.

dichiara, altresì :

In caso di Studio Professionale Medico. Dichiaro che le prestazioni sanitarie che si intendono erogare non determinano procedure di particolare complessità o non comportano un rischio per la sicurezza del paziente o degli operatori e che la struttura sanitaria non presenta caratteristiche organizzative di particolare complessità (condizioni che ai sensi dell'art. 7, co. 2, LR 22/2019 prevedono che la struttura sia soggetta all'autorizzazione all'esercizio); pertanto si intende esercitare le seguenti discipline (il cui elenco è reperibile in Tabella 3):*	[]
---	-----

Disciplina*	
-------------	--

In caso di Studio Professionale di esercente Professioni Sanitarie. Dichiarare che le prestazioni sanitarie che si intendono erogare non determinano procedure di particolare complessità o non comportano un rischio per la sicurezza del paziente o degli operatori e che la struttura sanitaria non presenta caratteristiche organizzative di particolare complessità (condizioni che ai sensi dell'art. 7, co. 2, LR 22/2019 prevedono che la struttura sia soggetta all'autorizzazione all'esercizio); Si dichiara pertanto che le attività svolte sono comprese tra quelle previste dal Regolamento concernente l'individuazione della figura della specifica professione sanitaria sopra indicata e del relativo profilo professionale, specificare quali attività.*	[]
---	-----

Attività*	
-----------	--

dichiara inoltre che:

che la struttura sanitaria, dovrà adeguarsi, fatte salve le deroghe di natura strutturale laddove previste, entro e non oltre il 31 dicembre 2025 (nota regionale proroga termini PG 30.09.2024.1095375.U)

I requisiti in parola sono riprodotti in calce nel presente modulo.

di essere consapevole:

- che può continuare a svolgere la propria attività a condizione che la presente Comunicazione sia stata trasmessa al Comune entro il 31 dicembre 2024 (nota regionale proroga termini PG 30.09.2024.1095375.U)

- che la struttura sanitaria deve possedere i requisiti di sicurezza ed igienico sanitari previsti dalla normativa nazionale, regionale e comunale che, a causa della loro stessa natura, riguardano anche le strutture sanitarie;

- che la struttura sanitaria può fruire delle deroghe di natura strutturale laddove previste dall'Allegato 1 alla DGR n. 1919/2023 tenuto conto di quanto precisato nella nota regionale interpretativa (PG 30.09.2024.1090990.U) solo fino al verificarsi di un ampliamento di natura edilizia [1];

- che al verificarsi di un evento quale l'ampliamento dello studio di natura edilizia, la struttura sanitaria dovrà essere in possesso anche dei requisiti edilizi derogati tenuto conto di quanto precisato nella nota regionale interpretativa (PG 30.09.2024.1090990.U) [1].

[1] Gli studi dovranno adeguarsi ai requisiti cogenti (strutturali) richiesti per tutti gli studi in oggetto previsti dalla DGR 1919/2023 al verificarsi di un ampliamento di natura edilizia, intendendosi come ampliamento ciò che determina un aumento di superficie (o di volume) o un intervento edilizio che, pur non ampliando superfici o volumi comporta la creazione di un nuovo studio, non il semplice caso di ristrutturazione interna senza modifica del numero degli studi. Eventuali modificazioni soggettive circa la titolarità dello studio, che non comportino ampliamenti di natura edilizia (ad esempio "subentro" di un professionista ad un altro) non richiedono l'adeguamento ai requisiti strutturali derogati ma la presentazione di una nuova Comunicazione (in analogia con quanto già avviene per gli studi odontoiatrici).

il possesso dei requisiti:

- Elenco dei requisiti, previsti dall'allegato 1 alla DGR n. 1919/2023, che debbono essere posseduti dagli studi medici e di altre professioni sanitarie non soggette ad autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria già operanti alla data del 20 dicembre 2023, ad essi equiparati o avviati entro il 31/12/2024, fatti salvi i requisiti derogabili e i requisiti per cui è consentito l'adeguamento entro il 31/12/2025 (note regionali PG.30/09/2024.1090990.U e PG.30/09/2024.1095375.U);

I REQUISITI indicati di seguito si distinguono in due categorie:

- requisiti cogenti che devono essere posseduti da tutti gli studi medici e delle altre professioni sanitarie (indipendentemente dal profilo professionale);

- requisiti il cui possesso è pertinente al profilo professionale dell'esercente l'attività sanitaria.

REQUISITI COGENTI DEGLI STUDI MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

1 - Locale adibito a studio medico e di altre professioni sanitarie avente una superficie di norma di 12 mq. La collocazione del locale/spazio deve essere indicata in planimetria

DEROGA: solo per gli studi già operanti al 20 dicembre 2023, data di pubblicazione della DGR n. 1919/2023 o ad essi equiparati (nota PG.30/09/2024.1090990.U): La superficie del locale operativo nel quale viene erogata la prestazione può essere inferiore a 12 mq., comunque, non inferiore a 9 mq.

2 - Locale/spazio attesa adeguatamente arredato, con numero di posti a sedere commisurato ai volumi di attività. (il locale/spazio può essere in comune con quello riservato alle attività amministrative). La collocazione del locale/spazio deve essere indicata in planimetria

barrare nel caso in cui il locale/spazio riservato alle attività amministrative sia previsto in comune con il locale/spazio attesa.	[]
---	-----

3 - Servizi igienici distinti per gli utenti e per il personale. La collocazione dei servizi igienici deve essere indicata nella planimetria

DEROGA: Per la verifica puntuale dei casi in cui è applicabile la DEROGA prevista dall'Allegato 1 alla DGR 1919/2023, (Il servizio igienico può essere unico in comune tra utenti e personale) si deve consultare la tabella 2 e le relative note interpretative adottate con nota PG.30/09/2024.1090990.U.

REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE IL CUI POSSESSO È PERTINENTE AL PROFILO PROFESSIONALE DELL'ESERCENTE L'ATTIVITÀ SANITARIA (CONTRASSEGNARE/FLEGGARE IL POSSESSO DEL REQUISITO). L'obbligatorietà del requisito indicato è subordinata al profilo professionale ed alle prestazioni/attività dichiarate e concretamente rese.

Il locale adibito a studio medico e di altre professioni sanitarie deve essere dotato di pavimenti lavabili e di pareti lavabili per un'altezza non inferiore a 2 mt e di lavabo con comandi non manuali (es. un lavandino a leva lunga).	[]
---	-----

Nota: Il requisito è escludibile nel caso in cui siano erogate esclusivamente prestazioni/attività che non comportano il contatto diretto con il paziente [1], per la valutazione puntuale dei casi in cui il requisito è escludibile si deve consultare la tabella 3 e le relative note interpretative adottate con la nota PG.30/09/2024.1090990.U.

Il lavandino quando è previsto, deve essere collegato alla rete idrica (sia gli scarichi che l'alimentazione) e non può essere surrogato da lavandini alimentati con serbatoi autonomi ricaricabili.

Locale comunicante/area interna separata per spogliatoio paziente. L'area separata per spogliatoio paziente può essere ricompresa nella superficie prevista per lo studio La collocazione del locale/area deve essere indicata in planimetria.	[]
--	-----

Nota: I requisiti sono escludibili nel caso in cui siano erogate esclusivamente prestazioni/attività che non comportano il contatto diretto con il paziente [1].

Locale/spazio per attività amministrative, accettazione, archivio, consegna referti (il locale/spazio può essere in comune con quello riservato alle attività amministrative). La collocazione del locale/spazio deve essere indicata in planimetria	[]
--	-----

Locale/spazio spogliatoio per il personale La collocazione del locale/spazio deve essere indicata in planimetria.	[]
---	-----

Nota: Il locale/spazio spogliatoio per il personale è tuttavia obbligatorio qualora sia previsto da norme specifiche cui si rinvia

Locale/spazio o armadio per deposito materiale pulito; il materiale può essere stoccato in armadio chiuso. La collocazione del locale/spazio o armadio deve essere indicata in planimetria	[]
--	-----

Locale/spazio o armadio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia; il materiale può essere stoccato in armadio chiuso. La collocazione del locale/spazio o armadio deve essere indicata in planimetria	[]
---	-----

Locale/spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni; il materiale può essere stoccato in armadio chiuso. La collocazione del locale/spazio o armadio deve essere indicata in planimetria	[]
---	-----

Locale/spazio dedicato per i processi di decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili, laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione. La collocazione del locale/spazio deve essere indicata in planimetria	[]
--	-----

DEROGA: solo per gli studi esistenti al 20/12/2023 o ad essi equiparati (nota PG.30/09/2024.1090990.U), la superficie del locale/spazio dedicato per i processi di decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione può essere articolata in più spazi separati purché all'interno del locale operativo sia possibile effettuare la decontaminazione preliminare o la messa in sicurezza degli strumenti contaminati

[1] Per prestazioni sanitarie che non comportano il contatto con il paziente, si intendono quelle prestazioni che non richiedono nella loro esecuzione un contatto fisico diretto fra le mani del professionista e la superficie cutanea, la mucosa del paziente e/o con

liquidi/materiali biologici (nota PG.30/09/2024.1090990.U).

che:

non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione previste art. 67 del D.lgs. 6/9/2011 n. 159 "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia"

che saranno disponibili presso lo studio i seguenti documenti attestanti:

- Documentazione utile e necessaria a dimostrare l'equiparazione alla categoria degli studi esistenti al 20/12/2023, (nota regionale interpretativa P.G.30/09/2024.1090990.U); per gli studi che si sono avvalsi di tale possibilità;
- Il piano/procedure con gli obiettivi relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni, se previsto;
- Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con layout delle attrezzature (qualora possedute) e degli arredi; la destinazione d'uso dei singoli locali, degli spazi ove sono svolte le attività, lunghezza, larghezza, altezza netta, superficie e rapporti di areo-illuminazione dei singoli locali (la planimetria deve essere in formato PDF/A);
- La documentazione relativa alla conformità e alle verifiche dell'impianto elettrico, ai sensi delle normative di settore, nonché, la planimetria indicante la classificazione dei locali ad uso medico secondo la norma CEI di riferimento, se applicabile;
- La documentazione relativa alla conformità delle apparecchiature biomediche/elettromedicali in uso, nonché il loro elenco ed anno di immatricolazione, qualora possedute ed utilizzate. L'utilizzo di apparecchiature elettromedicali con parti applicate ai pazienti (anche se completamente autonome, ovvero alimentate da batterie fino a 60 volt e non collegabili alla rete elettrica) implica l'obbligo di conformità e di verifiche dell'impianto elettrico, ai sensi delle normative di settore, nonché la disponibilità della planimetria indicante la classificazione dei locali ad uso medico secondo la norma CEI di riferimento; inoltre, implica la conformità delle apparecchiature elettromedicali in uso e la disponibilità del loro elenco. (Nota PG.30/09/2024.1090990.U)
- Il contratto di smaltimento dei rifiuti sanitari, qualora prodotti.

Deve essere prodotto su richiesta ogni altro documento previsto dalla normativa di carattere generale che, a causa della sua stessa natura, riguardi le strutture sanitarie.

CONDIZIONI

Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	[]
---	-----

Si allega la seguente documentazione:

Titoli di studio in copia

Piano/procedure con gli obiettivi relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni, se previsto [allegato condizionato]
--

Pianta planimetria [allegato condizionato]
--

Piano/procedure con gli obiettivi relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni, se previsto [allegato condizionato]
--

Pianta planimetria [allegato condizionato]
--

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, le informazioni sono reperibili al seguente link:

<https://auwordpress.lepida.it/informativa-privacy/>

Data presentazione: