mod. U.O. SSeSA 1 (rev. 03 - 2026)

Utilizzabile per istanze relative a strutture ambulatoriali (Allegato 1, parte 2 D.A. 890/02) compresi i presidi ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale (Allegato 1, parte 2.2a D.A. 890/02), con esclusione dei centri ambulatoriali di riabilitazione (2.2-b) (mod. SSeSA 2)

Marca da bollo
(ai sensi del D.P.R. 642/72 e ss.mm.ii) Per gli atti soggetti a bollo fin dall'origine la data apposta sulla marca da bollo deve essere **antecedente o contestuale** a quella di sottoscrizione dell'atto. Chi non corrisponde, in tutto o in parte, l'imposta dovuta è soggetto, oltre al pagamento del tributo, alle sanzioni previste dalla legge.

Al Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Igiene degli Ambienti di Vita
via Carmelo Onorato n. 6 – PALERMO

e, p.c. Al Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 5 – Promozione della Salute e Comunicazione

N.B.: trasmettere anche al DASOE <u>esclusivamente</u> nel caso di struttura di medicina dello sport ai sensi del Decreto Presidenziale 26.04.2018 n. 11

Oggetto: Istanza per autorizzazione relativa a struttura ambulatoriale denominata (ragione sociale):

_____

_____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a _____

prov. _____ CAP _____ via / piazza _____

tel. _____ codice fiscale _____

nella qualità di legale rappresentante della ❒società ❒associazione ❒ditta individuale denominata:

"_____",

codice fiscale n. _____ , partita IVA n. _____ ,

tel. della struttura _____

CHIEDE

alla S.V. il rilascio di provvedimento autorizzativo per **(*barrare solamente le caselle che interessano inserendo le informazioni richieste*)**:

❒ **Apertura di una struttura ambulatoriale di:** (*indicare le branche specialistiche; per la medicina di laboratorio specificare anche tipologia; per la medicina dello sport specificare se abilitata, ai sensi del Decreto Presidenziale 26.04.2018 n. 11, al rilascio di certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica*)

_____

_____

_____ nei locali siti nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____;

❒ **Trasferimento di sede di una struttura ambulatoriale di:** (*indicare le branche specialistiche; per la medicina di laboratorio specificare anche tipologia; per la medicina dello sport specificare se abilitata, ai sensi del Decreto Presidenziale 26.04.2018 n. 11, al rilascio di certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica*)

_____

_____

_____ autorizzata con provvedimento n. _____ del _____ ,

dai locali siti nel Comune di _____ via / piazza _____ n. ___ ,

ai locali siti nel Comune di _____ via / piazza _____ n. ___, piano __;

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

❒ **Sostituzione direttore tecnico** o variazione legale rappresentante* *(specificare data di decorrenza dell'incarico del direttore o legale rappresentante uscente) (* variazione legale rappresentante solo se associata ad altre variazioni). In caso di esclusiva variazione legale rappresentante utilizzare il modello SSeSA 04*:

da (precedente) _____

a (nuovo) _____

con decorrenza dal giorno _____

❒ Mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria per **Trasferimento della titolarità o del godimento di azienda o Mutazione della tipologia di società** (es.: trasformazione da società in nome collettivo a società in accomandita semplice):

da _____

a _____

con sede operativa nei locali siti nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____;

❒ Mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria per **Fusione societaria o Scissione societaria**;

da _____

_____

a _____

_____

con sede operativa nei locali siti nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____;

❒ Mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria per **Trasformazione in società di strutture gestite in forma individuale e viceversa**. *(Nel caso di trasformazione in società di strutture gestite in forma individuale è necessario, per la definizione del procedimento, che il titolare del rapporto rimanga corresponsabilizzato nella nuova gestione. Nel caso di trasformazione di società in strutture a gestione individuale il titolare del rapporto deve essere in possesso dei titoli per l'esercizio della professione nella disciplina autorizzata e/o accreditata).*

da _____

_____

a _____

_____

con sede operativa nei locali siti nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____;

❒ **Variazione ragione sociale**:

da (precedente denominazione) _____

a (nuova denominazione) _____

con decorrenza dal giorno _____

❒ *(solo per le aggregazioni di medicina di laboratorio* già esistenti, *ai sensi del D.A. n.1933/09 e ss.mm.ii,*) **Subentro nella titolarità giuridico-amministrativa ai laboratori gestiti dalle seguenti società**:

1) _____

2) _____

con trasformazione in punto di accesso siti in:

1) _____ via / piazza _____ n. _____, piano ____,

2) _____ via / piazza _____ n. _____, piano ____,

3) _____ via / piazza _____ n. _____, piano ____,

4)

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

❒ **Costituzione di nuova aggregazione giuridico-amministrativa ai sensi del D.A. n.1933/09 e ss.mm.ii. dei seguenti laboratori** *(solo per le strutture di medicina di laboratorio contrattualizzate*):

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

con laboratorio centralizzato, chiuso al pubblico, nei locali siti nel Comune di _____ _____ via / piazza _____ n. _____, piano _____, e punti di accesso siti in:

- _____ via / piazza _____ n. _____, piano ____,
- _____ via / piazza _____ n. _____, piano ____,
- _____ via / piazza _____ n. _____, piano ____,

❒ ALTRO: *(cessazione/attivazione branche specialistiche, cessazione/attivazione settori specializzati di medicina di laboratorio, rimodulazione locali, trasformazione, transito punto di accesso tra società consortili, vidimazione registri piscine, etc.)*

_____

_____

_____

_____

_____

A tal fine, sotto la propria responsabilità e a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del DPR 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. n. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii

DICHIARA (*N.B.: compilare tutti i campi sottostanti*)

1) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____

2) di essere residente a _____ prov. _____ via / piazza _____ n. ___ ,

3) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159 del 06.09.2011 *(Codice Antimafia)* e successive modifiche e integrazioni;

4) di conoscere e rispettare le misure per la prevenzione della corruzione in funzione dell'antiriciclaggio di cui al D.lgs. 21 novembre 2007 n. 231 come successivamente integrato e modificato dal D.lgs. 25 maggio 2017 n. 90;

5) che la ditta individuale/società/associazione non prevede / prevede (*cancellare voce che non interessa*) nel proprio atto costitutivo la presenza di collegio sindacale e/o sindaco né soggetti estranei che svolgono i compiti di vigilanza di cui all'articolo 6, comma 1, lettera b) del D.lgs. 8 giugno 2001, n. 231.

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

6) di essere legale rappresentante della ❒ società ❒ associazione ❒ ditta individuale denominata:

" _____ " con sede legale in

_____ via _____ n. _____,

iscritta nella Sezione Ordinaria della C.C.I.A.A. di _____ con il seguente C.F. e numero di

iscrizione _____ a decorrere dal _____ ,

a carico della quale non risulta negli ultimi cinque anni dichiarazione di fallimento, liquidazione amministrativa coatta, amministrazione controllata;

classificata ai sensi del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 come:

❒ azienda Monopresidio (Azienda sanitaria pubblica o privata da cui dipendono più strutture dotate di autonomia organizzativa)

❒ azienda Multipresidio (Azienda sanitaria pubblica o privata che opera in un unico plesso ovvero articolata in più plessi non dotati di autonomia organizzativa)

7) che i locali siti nel Comune di _____ via / piazza _____ _____ n. _____ verranno adibiti esclusivamente all'attività per la quale si chiede autorizzazione e di averne la piena ed esclusiva disponibilità, derivante da contratto di _____ stipulato il _____ e registrato presso _____ ;

8) che il regolamento condominiale dell'immobile indicato al punto 7) non vieta l'ubicazione nell'edificio di una struttura sanitaria ambulatoriale;

9) (*solo in caso di istanze per nuove autorizzazioni*) che la struttura in oggetto possiede i requisiti generali strutturali, tecnologici ed organizzativi generali definiti dal D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 e segnatamente, in ragione del livello di complessità della struttura, quelli previsti:

❒ all'allegato A2 (strutture non residenziali complesse monopresidio)

❒ all'allegato A3 (strutture polispecialistiche monopresidio)

❒ all'allegato C1 (strutture non residenziali Aziende multipresidio)

❒ all'allegato C3 (strutture non residenziali complesse dotate di autonomia organizzativa dipendenti da aziende multipresidio)

❒ all'allegato C4 (strutture polispecialistiche dotate di autonomia organizzativa dipendenti da aziende multipresidio)

10) che la direzione tecnica / sanitaria della struttura ambulatoriale / poliambulatoriale è / resta affidata al Dott.

_____ nato a _____ il _____

medico chirurgo, specialista in _____ ;

11) di essere a conoscenza che l'autorizzazione di che trattasi potrà essere rilasciata solamente nel rispetto di quanto previsto al punto 5 dell'art. 1 della L.R. 15/04 e pertanto non dà diritto ad alcun tipo di accordo contrattuale ex articolo 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e non costituisce titolo giuridico per l'erogazione di prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale.

12) che la struttura è:

❒ accreditata con provvedimento prot. n. _____ del _____

❒ non accreditata.

13) *(solo in caso di istanze di trasferimento di struttura accreditata)* di essere a conoscenza di quanto previsto dagli artt. n. 2 e 3 del D.A. 11 settembre 2009.

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

14) (*solo in caso di istanze di aggiornamento*) che, ad eccezione delle variazioni oggetto della presente istanza, non è stata apportata alcuna altra variazione

- ai requisiti generali strutturali, tecnologici ed organizzativi generali pervisti dal D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 ed elencati

❒ all'allegato A2 (strutture non residenziali complesse monopresidio)

❒ all'allegato A3 (strutture polispecialistiche monopresidio)

❒ all'allegato C1 (strutture non residenziali Aziende multipresidio)

❒ all'allegato C3 (strutture non residenziali complesse dotate di autonomia organizzativa dipendenti da aziende multipresidio)

❒ all'allegato C4 (strutture polispecialistiche dotate di autonomia organizzativa dipendenti da aziende multipresidio)

- ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici, per la tipologia dì struttura in esame, definiti nell'allegato 1, parte 2 e/o parte 6 al D.A. n. 890 del 17.06.2002,

rispetto alla autorizzazione sanitaria precedentemente rilasciata prot. n. _____ del _____.

15) (*solo in caso di associazioni*):

❒ che l'Associazione non è iscritta nel registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS);

❒ che l'Associazione è ad oggi iscritta nel registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS);

al n. _____ con decorrenza dal _____ ;

16) (*solo per la branca di medicina dello sport abilitata al rilascio di certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica ai sensi DECRETO PRESIDENZIALE n. 11 del 26 aprile 2018):*

❒ che il Dott. _____ è inserito nell' Elenco regionale dei Medici specialisti in Medicina dello Sport autorizzati al rilascio della certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica del Decreto dell'Assessore della Salute n. 174 dell'11 febbraio 2019.

al n. _____ con decorrenza dal _____ ;

Luogo e Data _____ _____

(firma per esteso)

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data _____ _____

(firma per esteso)

Ogni eventuale comunicazione riguardante la presente istanza potrà essere inoltrata al seguente indirizzo:

_____ N. telefonico _____

eMail _____ PEC _____

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

Si allegano alla presente i seguenti documenti (*barrare la casella che interessa*):

N.B. tutta la documentazione allegata <u>dovrà essere prodotta in duplice copia</u> utilizzando i modelli in uso secondo la normativa vigente.

	1	Documentazione comprovante la titolarità dei locali. Il contratto di compravendita, locazione, donazione, di comodato d'uso, leasing, etc. deve essere registrato alla Agenzia delle Entrate;
	2	Copia dell'atto costitutivo (*o copia di atto notarile, verbale di assemblea in caso di variazione con relativa registrazione presso l'Agenzia dell'Entrate nei casi previsti dalla vigente normativa in materia*);
	3	(*solo in caso di Mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria*) idonea documentazione comprovante la cessione della proprietà o trasferimento del godimento dell'azienda da parte della struttura sanitaria cedente, titolare dell'autorizzazione, redatta nella forma dell'atto notarile o scrittura privata autenticata dal notaio;
	4	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di insussistenza delle cause ostative di cui al comma 3 dell'articolo 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità **n. 741** del 04 luglio 2023 **(Modello ALL. 1)** da compilare a cura del legale rappresentante, direttore tecnico, soci, etc.;
	5	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, a cura del legale rappresentante, sul numero di unità di personale e di professionisti che operano nella struttura **(Modello ALL. 2)**;
	6	Accettazione dell'incarico e dichiarazione sostitutiva di certificazione di laurea, abilitazione, specializzazione e iscrizione all'Albo Professionale a cura del personale medico (direttore tecnico e altri medici), di altro personale operante nell'ambulatorio e, *in caso di attività di radiodiagnostica, di radioterapia e medicina nucleare,* dell'esperto qualificato **(Modello ALL. 3)**;
	7	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di non incompatibilità con altri incarichi del personale medico (direttore tecnico, altri medici) e di altro personale operante nell'ambulatorio **(Modello ALL. 4)**;
	8	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in materia di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001, ed art. 20 del Piano Triennale Prevenzione Anticorruzione 2015/2017) (solo legale rappresentante) **(Modello ALL. 5)**.
	9	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, a cura dei soggetti esterni all'Azienda, attestante l'insussistenza di rapporti di parentela o affinità o di situazioni di convivenza o di frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo (legge 190/2012, art. 1 comma 9 lettera e) (solo legale rappresentante) **(Modello ALL. 6)**.
	10	Planimetria **in originale**, in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso, altezza e rapporto aeroilluminante dei singoli vani, con tracciato idropotabile e di accumulo segnato in blu, con sistema di smaltimento dei liquami segnato in rosso; Per ciascuna sala visite dovranno essere individuate: le branche specialistiche previste, il layout di arredi, attrezzature mediche e apparecchiature elettromedicali in uso a ciascuna branca specialistica o in uso comune alle branche specialistiche previste nella stessa sala visite;
	11	Relazione tecnica, a firma di tecnico abilitato, descrittiva della struttura sanitaria e degli impianti tecnologici (modalità di smaltimento dei liquami, di approvvigionamento idropotabile con descrizione del sistema di accumulo, aereazione artificiale e/o climatizzazione, riscaldamento, gas etc.) e asseverazione circa il rispetto delle norme relative all'abbattimento delle barriere architettoniche (Decr. Min. Lav. Pubbl. n. 236/89) e della conformità degli impianti tecnologici alla normativa vigente; in caso di modifiche di struttura sanitaria già autorizzata dovrà essere asseverato che le opere sono state realizzate nel rispetto della disciplina urbanistico-edilizia vigente; in caso di nuova apertura o ampliamento locali dovrà altresì essere specificata la superfice totale della struttura sanitaria;
	12	Certificato di agibilità dei locali con destinazione d'uso specifica per ambulatorio o titolo equivalente ai sensi del D.Lgs n. 222/2016;
	13	(*solo in caso di attività di radiodiagnostica, di radioterapia e medicina nucleare*) relazione dell'esperto qualificato (D.Lgs. 230/95 e ss.mm.ii.);
	14	AUA (Autorizzazione Unica Ambientale) (*ove non assimilate alle acque reflue domestiche secondo quanto previsto dal D.P.R. 19 ottobre 2011 n. 227 come nel caso ad. es. dei laboratori di analisi cliniche*) intestata al titolare dell'attività sanitaria (*in caso di Trasferimento della titolarità o del godimento di azienda occorre produrre l'* AUA *volturata*);
	15	Consenso all'uso di locali sotterranei o semisotterranei di cui all'articolo 65 Decreto Legislativo 81/08, ove prevista. I*n caso di* Mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria *e/o variazioni occorre produrre l'autorizzazione volturata e/o aggiornata*). *In caso di comunicazione PEC all'Ispettorato Nazionale del Lavoro (INL) con relativi allegati occorre produrre dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.) attestante l'avvenuta decorrenza dei termini senza che l'Ispettorato Nazionale del Lavoro abbia sollevato obiezioni e/o bloccato la pratica.*
	16	Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico ai sensi della normativa di settore vigente rilasciata dall'esecutore delle opere o da tecnici abilitati completa di elaborato grafico dell'impianto, schema unifilare, messa in esercizio dell'impianto di terra ai sensi del DPR 462/2001;

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

	17	*(solo in caso di transito di punto di accesso tra società consortili)* nulla osta ai sensi dell'art. 6 del D.A. n. 2189 dell' 08.11.2011 (con indicazione del budget), rilasciato dal soggetto gestore dal quale recede il soggetto aggregato;
	18	(*solo in caso di radioterapia o medicina nucleare*) nulla osta preventivo ai sensi dell'art. 29, comma 2, del Decreto Legislativo 230/95;
	19	Relazione tecnico-sanitaria datata e firmata dal direttore tecnico/sanitario con indicate: tipologia del centro, descrizione delle attività svolte, elenco analitico delle prestazioni da effettuare, elenco analitico della dotazione strumentale comprensiva del numero di matricola o identificativo, elenco nominativo del personale (dovrà essere individuato un direttore sanitario della struttura nonché il direttore tecnico vicario e nel caso di poliambulatori anche un direttore tecnico in possesso della relativa specializzazione per ciascuna branca specialistica), orario di apertura; **dichiarazione che la dotazione di spazi, personale ed attrezzature è adeguata** alle prestazioni sanitarie per le quali si chiede autorizzazione, tenuto conto anche dell'orario di apertura e/o servizio; **dichiarazione circa l'osservanza della normativa vigente sullo smaltimento dei rifiuti** speciali sanitari. Dovrà essere verificata e asseverata la disponibilità di spazi e percorsi necessari alla corretta applicazione delle procedure e, in relazione alla ubicazione degli arredi, delle attrezzature mediche e delle apparecchiature elettromedicali presenti, dovrà essere **asseverato altresì il rispetto della vigente normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/08),** di accessibilità degli spazi (D.M. 236/89) e di sicurezza elettrica (Sezione 710 della Norma CEI 64-8/7 – Variante V2). Nel caso di poliambulatori dovrà essere riportato il calendario settimanale delle specialità per ciascuna sala visita che dovrà tenere conto anche dei tempi necessari **per una ottimale sanificazione degli ambienti tra una seduta di visite e l'altra.** Potrà essere consentito, fermo restando il rispetto dei punti precedenti, un numero massimo di cinque specialità per sala visite, con esclusione della sala visite che funga altresì da direzione (in essa potranno essere effettuate unicamente le prestazioni afferenti alla branca specialistica del professionista che svolge anche le funzioni di direttore sanitario). Resta fermo l'uso esclusivo delle sale visita e/o diagnostiche afferenti alle prestazioni specialistiche contemplate nelle schede da 2.1-a) a 2.1-i) dell'allegato 1, parte 2 del D.A. 890/02; unica eccezione la cardiologia (scheda 2.1-d) nel caso venga effettuata solo visita con ecg e/o ecocardiografia trans toracica. Inoltre, in caso di struttura di medicina dello sport abilitata ai sensi del Decreto Presidenziale 26.04.2018 n. 11 al rilascio di certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica: elenco nominativo degli specialisti consulenti (art. 3, comma 1, lettera b del D.P.) e elenco nominativo dei professionisti che svolgeranno nella struttura l'attività di medico certificatore di idoneità all'attività sportiva agonistica. In caso di nuova aggregazione giuridico-amministrativa di laboratori di analisi cliniche ai sensi del D.A. n.1933/09 e ss.mm.ii. alla relazione tecnico-sanitaria dovrà essere allegata la documentazione prevista ai punti 2, 3 e 4 delle procedure di cui all'allegato A del D.A. n. 182 del 01.02.2017. Inoltre dovranno essere descritti gli accorgimenti previsti al 3° comma delle modalità operative di cui all'allegato A del D.A. n. 182 del 01.02.2017 al fine di garantire, nel caso di punto di accesso annesso al laboratorio centralizzato, che quest'ultimo non sia accessibile al pubblico.
	20	Documentazione relativa all'allegato A2 del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 (Strutture non residenziali complesse Monospecialistiche)
	21	Documentazione relativa all'allegato A3 del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 (Strutture non residenziali complesse Polispecialistiche)
	22	Documentazione relativa all'allegato C1 del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 (strutture non residenziali Aziende multipresidio)
	23	Documentazione relativa all'allegato C3 del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 (strutture non residenziali complesse dotate di autonomia organizzativa dipendenti da aziende multipresidio)
	24	Documentazione relativa all'allegato C4 del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 (strutture polispecialistiche dotate di autonomia organizzativa dipendenti da aziende multipresidio)
	33	Copia dei documenti di riconoscimento del richiedente e del personale che ha reso dichiarazioni e/o autocertificazioni;
	34	*(escluso iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore RUNTS)* Attestazione pagamento tasse di CC.GG.: ☐ tassa rilascio ☐ tasse annuali: . . . . .
	35	Attestazione pagamento diritti sanitari.
	36	Altro: ....

_____ lì _____ Firma_____

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

Indicazioni di massima della documentazione richiesta per i procedimenti di più frequente riscontro:

Nuova apertura: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 19, 20 (oppure 21, 22, 23, 24 in base a tipologia struttura), 33, 34 e 35 (13, 14, 15 e 18 ove ricorrano condizioni) –

Trasferimento: 1, 4, 5 (6, 7 *solo direttore tecnico e nuovo personale)* 8, 9, 10, 11, 12, 16, 19, 20 (oppure 21, 22, 23, 24 in base a tipologia struttura), 33, 34 e 35 (13, 14, 15 e 18 ove ricorrano condizioni) –

Variazione legale rappresentanza (*solo se associata ad altre variazioni)*: 2, 4, 5, 8, 9, 33, 34 e 35 (1, 14 e 15 ove ricorrano condizioni) -

Variazione ragione sociale: 2, 4, 5, 8, 9, 33, 34 e 35 (1, 14 e 15 ove ricorrano condizioni) -

Sostituzione direttore tecnico: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 20 (oppure 21, 22, 23, 24 in base a tipologia struttura), 33, 34 e 35 -

Mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 33, 34 e 35 (1, 3, 5, 14, 15, 20 oppure 21, 22, 23, 24 in base a tipologia struttura ove ricorrano condizioni) –

Nuova aggregazione laboratori: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 19, (oppure 21, 22, 23, 24 in base a tipologia struttura), 33, 34 e 35 (15 ove ricorrano condizioni) –

Rete laboratoristica: transito di soggetto aggregato ad altra struttura consortile - ulteriore aggregazione a struttura consortile*:* 1, 2, 4, 5, *(6, 7 solo direttore tecnico per responsabilità degli ulteriori punti di accesso e nuovo personale),* 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 19, (oppure 21, 22, 23, 24 in base a tipologia struttura), 33, 34 e 35 (14 e 15 ove ricorrano condizioni) –

Attivazione nuove branche specialistiche, settori specializzati: 4, 5, (6, 7, solo *direttore tecnico e nuovo personale)*, 8, 9, 10, 11, 19, 20 (oppure 21, 22, 23, 24 in base a tipologia struttura), 33, 34 e 35 (12, 13, 14, 15 e 16 ove ricorrano condizioni) –

Modifiche locali e/o Ampliamento locali: 4, 5, 8, 9, 10, 11, 19, 20 (oppure 21, 22, 23, 24 in base a tipologia struttura), 33, 34 e 35 (1, 12, 13, 14, 15 e 16 ove ricorrano condizioni).

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

ALL. 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... e residente in ..... Via / Piazza ..... n. ....., telefono n. .....

nella qualità di (**richiedente l'autorizzazione sanitaria**, o di subentrante nella titolarità dell'autorizzazione sanitaria e/o di soggetto individuato dal comma 3 dell'art. 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità n. 741 del 04 luglio 2023 es.: **direttore tecnico**, socio, etc.) Il legale rappresentante e il direttore tecnico/responsale sono sempre obbligati a produrre la dichiarazione. (Il dichiarante deve specificare la qualità in base alla quale rende la dichiarazione (vedasi art. 85 D.Lgs 159/2011 e successive modifiche e correzioni D.Lgs 218/2012): ❒ Legale rappresentante ❒ Direttore tecnico/responsale ❒ Socio ❒ Altro. .....

.....

della Ditta / Società / Associazione denominata .....

codice fiscale / partita IVA ..... con sede legale in .....

Via / Piazza ..... , n. ....., e

sede operativa in ..... Via / Piazza .....

.....,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai fini del rilascio della autorizzazione sanitaria di cui all'istanza del ....., sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

l'insussistenza delle cause ostative di cui al comma 1 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, nei propri confronti, con riferimento alle fattispecie elencate alle lett. a), b), c), d), e), f) del comma 3 dell' art. 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità n. 741 del 04 luglio 2023, come di seguito elencate:

❒ a. di non aver subito condanne con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per uno dei reati di cui al comma 1 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36.

La causa ostativa opera nei confronti:

i. del titolare o del direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale;

ii. di un socio o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo;

iii. dei soci accomandatari o del direttore tecnico, se si tratta di società in accomandita semplice;

iv. dei membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, ivi compresi gli institori e i procuratori generali;

v. dei componenti degli organi con poteri di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo;

vi. del direttore tecnico o del socio unico;

vii. dell'amministratore di fatto nelle ipotesi di cui alle lettere precedenti La causa ostativa non opera quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna, ovvero in caso di revoca della condanna medesima.

La causa ostativa non opera quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna, ovvero in caso di revoca della condanna medesima.

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

❒ b. Che non sussistano, a carico del soggetto, degli amministratori e/o dei legali rappresentanti le cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 o un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto;

❒ c. di non aver commesso gravi violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, come definite dal comma 6 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36;

❒ d. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di concordato con continuità aziendale, e che nei confronti del soggetto non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;

❒ e. di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la sua integrità o affidabilità;

❒ f. di non essere destinatario di sanzione interdittiva di cui, all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o di altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

❒ Oppure di trovarsi nelle seguenti condizioni _____

_____

_____

Data _____ Firma _____

(N.B.) Nel caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà la firma in calce alla dichiarazione non necessita di autenticazione a condizione che venga sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure che venga sottoscritta e presentata unitamente a copia non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al **DL 101/2018 di armonizzazione al Regolamento Ue n. 679 del 2016**, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data _____ Firma _____

La dichiarazione sostitutiva di certificazione / atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.

N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

ALL. 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a _____

prov. _____ CAP _____ via / piazza _____

tel. _____ codice fiscale _____

nella qualità di legale rappresentante della ❒società ❒associazione ❒ditta individuale denominata:

"_____",

codice fiscale n. _____ , partita IVA n. _____ ,

con sede legale nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____,

e sede operativa della struttura di _____

sita nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai fini del rilascio della autorizzazione sanitaria di cui all'istanza del _____., sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

- che i locali della struttura di . _____. sito in _____

sono in possesso dei requisiti oggettivi e, cioè, dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e specifici per la concessione dell'autorizzazione sanitaria;

- che presso la struttura operano in totale n. _____ unità di personale (dipendente e non)

- di cui, ai sensi del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024, n. _____ sono professionisti (iscritti ad albo professionale);

_____

Data _____ Firma _____

(N.B.) Nel caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà la firma in calce alla dichiarazione non necessita di autenticazione a condizione che venga sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure che venga sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al **DL 101/2018 di armonizzazione al Regolamento Ue n. 679 del 2016**, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data _____ Firma _____

La dichiarazione sostitutiva di certificazione / atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.

N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

ALL. 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Da rendere a cura del personale medico (direttore tecnico e altri medici) e di altro personale operante nella struttura.

Il sottoscritto ……. nato a ..... il ……

residente in …….……...…… Via/Piazza ……...…….....…….. n. …..……

Prov …… , codice fiscale …….……....., nella qualità di

(specificare mansione) …….…….…….....

del (*specificare tipologia struttura sanitaria*) …….....……..…….

gestito della Società denominata: ……...…….. . . con sede operativa

in ……..……..... Prov. …… Via/Piazza ..……. n. ……,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA (*segnare con x le voci di interesse*)

❒ di aver conseguito la laurea in ..... in data .....
presso l'Università di .....;

❒ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di .....
presso …….. nella sessione ..... dell'anno .....;

❒ di aver conseguito la specializzazione in ……..
in data …… presso l'Università di ……;

❒ di essere iscritto all'Albo dei …… della prov. di ……
al n. …… dal …… ;

❒ di aver accettato, a decorrere dal ……, l'incarico di .....
del (*specificare tipologia struttura sanitaria*) .....
gestito dalla Società denominata: ……...……....., per n. …….. ore
settimanali, non trovandosi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

❒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali incompatibilità che dovessero verificarsi nel futuro;

❒ di essere in possesso dei crediti ECM necessari per soddisfare l'obbligo formativo;

❒ (*dichiarazione da rendere solo a cura del direttore tecnico o sanitario*) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs n. 159 del 06.09.2011 *(Codice Antimafia)*.

❒ altro (diplomi, etc) …..……
……..

Luogo e Data ……. ……..

(firma per esteso)

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data _____ _____

(firma per esteso)

N.**B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE**

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

ALL. 4

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO Dl NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. N. 445/2000)

Io sottoscritto dr. ..... nato a .....

(prov. di .....), il ..... residente a …….....

(prov.di …….....) c.a.p..... via/p.zza ..... n. .....

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Dichiaro di:

1) accettare l'incarico presso la struttura ……..……..……..…….
con la qualifica di …….....……..……..……in regime di rapporto
☐ **libero professionale** ☐ **dipendente** (*) per n. ……..…..… ore settimanali a far data dal ….……..….……..……

2) ☐ **essere** ☐ **non essere (*)** titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso un ente pubblico o privato, con divieto di libero esercizio professionale **(Nota/1)**

.....……..……..……..…
…….....

3) ☐ **avere** ☐ **non avere (*)** impegni settimanali per un orario pari o superiore a quello stabilito dal contratto collettivo ex art. 47 della legge n. 833/78 per il personale a tempo pieno dipendente da S.S.N. **(Nota/1)**

.....……..……..……..…
…….....

4) ☐ **operare** ☐ **non operare (*)** in altre case di cura o presidi convenzionati con le AA.SS.PP. della Regione **(Nota/1)**

.....……..……..……..…
…….....

5) ☐ **essere** ☐ **non essere (*)** titolare di incarico ambulatoriale disciplinato dall'ACN 29/07/2009 e s.m.i., o da determinazioni di altri enti che abbiano recepito il suddetto ACN **(Nota/1)**

.....……..……..……..…
…….....

6) ☐ **avere** ☐ **non avere (*)** forme di cointeressenza diretta o indiretta con case di cura private o istituzioni sanitarie private soggette a regime autorizzativo ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78 **(Nota/1)**

.....……..……..……..…
…….....

7) ☐ **essere** ☐ **non essere (*)** titolare in altra branca specialistica di rapporto convenzionale disciplinato dal presente accordo **(Nota/1)**

.....……..……..……..…
…….....

8) ☐ **essere** ☐ **non essere (*)** titolare, nella stessa branca specialistica e con la medesima ASP di altro rapporto convenzionale disciplinato dal presente accordo **(Nota/1)**

.....……..……..……..…
…….....

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

9) ☐ **svolgere** ☐ **non svolgere (*)** attività fiscale per conto della stessa ASP **(Nota/1)**

.....……..……..…

…….....

10) ☐ **essere** ☐ **non essere (*)** iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale di cui all'ACN 29/07/2009 e s.m.i., o dei medici pediatri di libera scelta di cui all'ACN 29/07/2009 e s.m.i. **(Nota/1)**

.....……..……..…

…….....

11) ☐ **essere** ☐ **non essere (*)** titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale o nella medicina dei servizi **(Nota/1)**

.....……..……..…

…….....

12) ☐ **essere** ☐ **non essere (*)** titolare di trattamento di pensione (specificare ente e data di decorrenza)

.....……..……..…

…….....

13) ☐ **svolgere** ☐ **non svolgere** nessun'altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti) **(Nota/1)**

.....……..……..…

…….....

14) di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente e di impegnarsi a comunicare eventuali incompatibilità che dovessero insorgere nel futuro,

16) altro:

.....……..…..……..……

…….....

…….....

(*) Biffare la parte che interessa.

(Nota/1) – In caso affermativo indicare:
- ***denominazione e sede*** dell'ente, istituzione, amministrazione, azienda, associazione, o altro organismo pubblico o privato, ovvero dell'ASP con cui esiste il rapporto, o per conto di cui viene esercitata l'attività dichiarata,
- ***funzioni svolte o da svolgere***,
- ***tipologia del rapporto di lavoro*** (libero professionale o dipendente)
- ***ore settimanali prestate***.

In fede
Il dichiarante

Luogo e Data ……. , …..../……/…… ……..

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data ……. ……..

(firma per esteso)

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

ALL. 5

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
IN MATERIA DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'
SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a _____

prov. _____ CAP _____ via / piazza _____

tel. _____ codice fiscale _____

nella qualità di legale rappresentante della ❒società ❒associazione ❒ditta individuale denominata:

"_____",

codice fiscale n. _____ , partita IVA n. _____ ,

con sede legale nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____,

e sede operativa dell'ambulatorio di _____

sita nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____,

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii, nonché delle sanzioni cui incorrono i soggetti per i quali emerga il mancato rispetto dell'art. n. 53, comma 16-ter del DLGS n. 165/2001, come da Allegato 1 sezione punto 1.3 del vigente PTPCT.

DICHIARA

Con riferimento agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo, il cui rapporto di lavoro sia cessato a decorrere dal 28.11.2012, che abbiano esercitato nei confronti della suddetta società /associazione/ ditta individuale le seguenti attività:

- rilascio di pareri igienico-sanitari, di autorizzazioni, di concessioni;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;
- controlli sulle strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie di qualunque tipologia (ad es.: ricoveri, visite ambulatoriali, prestazioni riabilitative ex art. 26, prestazioni di comunità terapeutiche assistite, prestazioni di comunità tossicodipendenti, etc..);
- ispezione/controllo/vigilanza a qualsiasi titolo espletata,

laddove il dipendente sia stato il responsabile del procedimento e/o responsabile unico del procedimento (RUP) e/o incaricato dei controlli/verifiche e/o dirigente della Unità Operativa competente per materia:

❒ di non avere concluso e di impegnarsi a non concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non avere attribuito e di impegnarsi a non attribuire incarichi nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro;

oppure

❒ di avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di avere attribuito incarichi agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo come di seguito indicato:

_____

_____

_____ *(specificare nome e cognome dell'ex dipendente, data di nascita, tipologia contratto di lavoro/incarico, data di decorrenza e termine finale del contratto/incarico)*

Data _____ Firma _____

Il Titolare / Legale Rappresentante
(firma per esteso)

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Data _____ Firma _____

Il Titolare / Legale Rappresentante
(firma per esteso)

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

ALL. 6

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829 -

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO Dl NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. N. 445/2000)

_ l _ sottoscritt_ _____ nat_ a _____

il _____ codice fiscale _____ residente a _____

via _____ in qualità di _____ della

_____

(indicare la denominazione e la ragione sociale dell'Ente o della Società)

□ beneficiario del provvedimento di autorizzazione/concessione avente ad oggetto

_____

□ soggetto esterno contraente relativamente al contratto avente ad oggetto

_____ ,

preso atto delle disposizioni in materia di dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e) L. 190/2012:

□ di non trovarsi in rapporto di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo;

□ di trovarsi in rapporto di _____(*specificare se parentela o affinità frequentazione abituale convivenza*)

con _____ dirigente dell'ASP Palermo e/o con _____

dipendente dell'ASP Palermo;

□ per quanto di diretta conoscenza[1], che gli amministratori, i soci, i dipendenti della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta non hanno rapporti di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo

□ per quanto di diretta conoscenza[1], che _____
(indicare nome cognome)

in qualità di _____
(specificare se amministratore/socio/dipendente)

della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta è in rapporto di _____
(*specificare se parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale)*

con _____ dirigente dell'ASP Palermo

e/o con _____ dipendente dell'ASP Palermo.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni modifica sopravvenuta alla presente dichiarazione in occasione di eventuali futuri rapporti con l'ASP Palermo

P a l e r m o , _____ In fede

□ Alla presente dichiarazione *si* allega copia non autenticata di un proprio documento di identità

_____

1 l'art. 47 c. 2 DPR 445/2000 prevede che "la dichiarazione resa *nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza". Per "diretta conoscenza" si intendono fatti, stati e qualità relativi al soggetto terzo di cui si rende dichiarazione e di cui il dichiarante "abbia completa contezza" (v. Cons. di Stato. sez. IV, sent. n. 3862/2011)*

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

*Il seguente documento **INFORMATIVA PRIVACY** non va consegnato, ma deve essere custodito dall'istante.*

INFORMATIVA PRIVACY

ai sensi dell'art. **13 del Regolamento (UE) 2016/679**

Il 25 maggio 2018 trova piena applicazione il nuovo Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, che ha introdotto alcune novità in materia di privacy. Nell'ottica della massima trasparenza è stata aggiornata la presente informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo.

FINALITÀ' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali è necessario per erogare l'assistenza, i servizi e le prestazioni diagnostiche e terapeutiche nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Alcuni dati, in forma anonima, possono essere utilizzati per la ricerca scientifica e le statistiche epidemiologiche. Più in particolare le finalità del trattamento sono quelle di seguito elencate:

a. finalità legate alla cura
   a) attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsivoglia altro servizio erogato dall'Azienda, in caso di: 1) prestazioni specialistiche ambulatoriali; 2) ricovero ospedaliero; 3) ricovero residenziale, anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina;
   b) altre attività sanitarie e socio-sanitarie, diverse da quelle indicate al precedente punto e comunque connesse alla salute degli utenti;
   e) attività amministrative e di gestione operativa legate ai servizi forniti;
   d) attività correlate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili e protesi).
b. finalità legate alla ricerca scientifica e alla didattica
   a) indagini epidemiologiche e statistiche, per fini di ricerca scientifica e/o per valutazioni inerenti la qualità e appropriatezza delle prestazioni, utilizzando dati resi anonimi;
   b) attività didattiche e di formazione professionale dei medici, degli altri professionisti e degli studenti frequentanti i corsi di studio, nel rispetto del diritto all'anonimato del paziente, ovvero prive di dati identificativi.

Il trattamento dei dati personali è da considerarsi lecito in base agli articoli 6 e 9 del Regolamento Europeo.

MODALITÀ' DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE

I dati saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata, del segreto professionale e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuto tutto il personale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici.

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento europeo.

I dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

COMUNICAZIONE DEI DATI

La comunicazione dei dati è un requisito necessario per l'erogazione delle prestazioni.

Anche i minori che abbiano compiuto l'età di 16 anni possono comunicare i propri dati personali, ai sensi della vigente normativa.

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025

DESTINATARI DEL TRATTAMENTO

I dati personali e sensibili non possono essere diffusi, ma possono essere comunicati in tutti i casi previsti dalla legge, per le finalità segnalate, a soggetti istituzionali. I dati possono essere trasmessi, per le finalità sopra citate, anche a soggetti terzi in rapporto contrattuale con l'Azienda, i quali, in ogni caso, saranno nominati responsabili esterni del trattamento.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

I diritti dell'Interessato possono essere esercitati, rivolgendosi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) mediante una delle modalità sotto specificate (posta elettronica, telefono, posta ordinaria).
L'interessato può chiedere al RPD, in qualunque momento, attraverso le modalità sopra descritte:

1. l'accesso ai dati personali;
2. la rettifica, la cancellazione degli stessi;
3. la limitazione del trattamento;
4. la revoca del consenso, qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, par. 1, lettera a) del Regolamento europeo, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.

Inoltre, ha il diritto di opporsi, in qualsiasi momento:

1. al trattamento dei dati (compresi i trattamenti automatizzati);
2. alla portabilità dei suoi dati.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, l'Interessato che ritenga che il trattamento dei dati sia svolto in violazione di quanto previsto dal Regolamento europeo 679/2016, ha il diritto di proporre reclamo all'autorità competente.
Nel caso di richiesta di portabilità del dato, il RPD fornirà - in un formato strutturato, di uso comune e leggibile, da dispositivo automatico - i dati personali richiesti secondo le modalità di legge.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) Palermo, nella persona del legale rappresentante *pro tempore*, domiciliato per la carica in Palermo, via Giacomo Cusmano 24.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), denominato anche Data Protection Officier (DPO), è il Dott. Giuseppe Buttafuoco, i cui dati di contatto sono di seguito indicati: indirizzo mail: rpd@asppalermo.org; recapito telefonico: 091 7032103; indirizzo: via Giacomo Cusmano 24 – 90141 - Palermo.

Palermo, 24 Maggio 2018 LA DIREZIONE AZIENDALE

Palermo, 24 Maggio 2018 LA DIREZIONE AZIENDALE

N.B. Qualora la presente istanza venga prodotta senza essere stata debitamente compilata in ogni sua parte e/o priva anche di uno degli allegati previsti, la pratica verrà archiviata d'ufficio.

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2025