

Oggetto: **Comunicazione di Inizio Attività per Studio Professionale** ai sensi della D.G.R. 27 luglio 2001, n. VII/5724 e delle note di Regione Lombardia nn. G1.2022.0021604 del 16/05/2022, G1.2022.0023204 del 30/05/2022, G1.2023.0023945 del 28/06/2023.

Psicologo **Psicoterapeuta** (L. n. 56 del 18/02/1989; L. n. 3 del 11/01/2018, art. 9, comma 4)

Il/la sottoscritto/a dr./ssa _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

tel. _____ CF _____ p.IVA _____

PEC _____ e-mail: _____

in possesso del titolo abilitativo di: **Psicologo**; **Medico-chirurgo**;

(eventualmente) **Psicoterapeuta** (specifica formazione professionale validata dall'Ordine di appartenenza);
iscritto/a all'Albo della rispettiva Professione Sanitaria (D.L.C.P.S n. 233 del 13/09/1946; D.M.Salute del 13/03/2018)

_____ dal _____ col numero _____
trovandosi nelle condizioni di cui alla DGR 27.07.2001, n. VII/5724 e in quelle richiamate in oggetto,

COMUNICA

di aver attivato oppure di far parte di (1) uno **Studio Professionale Sanitario** (2) _____

OPPURE

(1) di erogare le proprie prestazioni in psicologia **solamente in modalità online e da remoto**, con sede legale/domicilio fiscale
nel Comune di _____ via/pz _____ piano _____

dalla data di ricevimento della presente.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, e che non verranno meno i controlli circa l'applicazione dei requisiti previsti (inclusi quelli in materia di autocertificazione),

DICHIARA CHE

- a) l'attività sanitaria è esercitata direttamente ed esclusivamente dal/i titolare/i;
- b) le prestazioni erogate non sono di chirurgia ambulatoriale;
- c) le prestazioni erogate non determinano procedure diagnostiche e/o terapeutiche particolarmente complesse o comportanti rischio per la sicurezza del paziente;
- d) presso lo Studio vengono eseguite le seguenti attività sanitarie: _____

e) non (1) utilizza le seguenti apparecchiature elettromedicali _____

f) le eventuali apparecchiature elettromedicali utilizzate a supporto dell'attività sono sottoposte alla prevista manutenzione ordinaria e straordinaria; (1)

- g) non (1) utilizza i seguenti dispositivi medici _____
- h) presso l'attività sono garantiti i requisiti igienico-sanitari previsti (rapporti aero-illuminanti naturali, superfici e altezze dei locali, ecc.) e quelli di sicurezza ed igiene del lavoro, antincendio, sicurezza elettrica, smaltimento dei rifiuti sanitari e da altre norme, anche tecniche, previste per l'attività esercitata;
- i) presso lo Studio esercitano (anche saltuariamente) altri _____ professionisti sanitari (3) (1a);
- l) è stata presa visione dell'Informativa Studi Professionali Sanitari pubblicata sul sito ATS Brianza;
- m) tutta la documentazione probante i requisiti dichiarati e quanto sopra riportato è disponibile presso lo Studio (o presso sede legale/domicilio fiscale) e potrà essere richiesta, anche con integrazioni, da parte degli Organi preposti alla vigilanza, anche a seguito di ispezione;
- n) di apporre il proprio nominativo all'esterno della Studio (o presso sede legale/domicilio fiscale) e comunque in luogo accessibile aperto al pubblico, allo scopo di consentire le verifiche dell'attività da parte degli Organi preposti alla vigilanza.

Note:

- (1) cancellare la parte che non interessa; (1a) se nessun altro professionista, cancellare tutta la frase i);
- (2) solo in caso di Studio Professionale Sanitario **Associato** aggiungere tale specifica, riportandone la denominazione ed il nome e cognome di tutti i sanitari (anche allegandone elenco) i quali compileranno, ognuno, una C.I.A. a parte.
- (3) ogni professionista sanitario, anche inteso come collaboratore, deve presentare una propria C.I.A. con gli allegati richiesti. Nello stesso Studio possono operare più Psicologi/Psicoterapeuti. In caso di prima apertura dello studio, la comunicazione di inizio attività può essere fatta da un solo professionista, con elenco dei colleghi (dati + codice fiscale) operanti nello stesso studio. Ogni professionista che si aggiunge successivamente deve fare la comunicazione. Per l'erogazione delle prestazioni proprie di un'equipe DSA e solo per l'accertamento di diagnosi di DSA la comunicazione viene fatta dal responsabile dell'equipe che indica anche gli altri professionisti (dati + codice fiscale).
- Si rammenta che la C.I.A. NON è pertinente alcuna attività svolta presso strutture dotate di **organizzazione** (Imprese/Società/Cooperative/ecc.) per le quali NON va fatta la C.I.A. ma specifica istanza (compilazione sull'applicativo regionale ASAN ed invio della S.C.I.A. , ad es., di "struttura ambulatoriale", ecc.).

Allega:

- All.1: autocertificazione dei titoli professionali posseduti e dell'iscrizione all'Albo Professionale;
- All.2: copia fronte e retro di un documento d'identità, in corso di validità;
- All.3: una planimetria (in scala 1:100, con: destinazioni d'uso, superfici pavimentate, aeranti ed illuminanti, altezze interne), anche in fotocopia o in copia non asseverata, con le indicazioni prima riportate, per avere l'esatta tipologia dei locali, anche ai fini dell'obbligo di vigilanza in capo ad ATS. In alternativa, una dichiarazione del possesso dei requisiti minimi (di cui all'informativa studi professionali sanitari di Psicologo e/o Psicoterapeuta, presente sul sito internet di ATS Brianza) datata e firmata dal professionista sanitario. (1)
- A seguito della presentazione della C.I.A., la S.S. "Strutture Sanitarie" esaminerà la documentazione e potrà richiedere eventuali integrazioni. Non viene rilasciata alcuna presa d'atto; eventualmente, se richiesto, si forniscono i dati di protocollazione.
- All.4: copia dell'atto costitutivo dell'associazione tra professionisti (solo in caso di "Studio Professionale Sanitario Associato").

Data _____

Firma leggibile _____

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE

Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 - Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 - 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it - PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - Agenzia ATS Brianza - Dipartimenti - Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria - UOC Igiene e Sanità Pubblica - Privacy;
- Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell'espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it - PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it.

Data _____

Firma leggibile _____