

**Oggetto: Comunicazione variazioni strutture sanitarie**

Il sottoscritto, sig./dr. \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_,  
Legale Rappresentante dell'Ente \_\_\_\_\_,  
con sede legale in \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F./P.IVA \_\_\_\_\_, relativamente alla struttura ubicata in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CAP: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
con autorizzazione/presa d'atto n. \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_,

**consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,**

**DICHIARA** (*contrassegnare il caso che interessa*)

di essere subentrato al dr./alla società \_\_\_\_\_,  
con CF/P.IVA \_\_\_\_\_, sede legale in \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ .mail: \_\_\_\_\_, nella titolarità dell'attività sanitaria;

di aver trasferito al dr. \_\_\_\_\_, CF: \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Legale Rappresentante dell'Ente \_\_\_\_\_,  
con sede legale in \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_,  
CF/P.IVA \_\_\_\_\_, la gestione dell'attività sanitaria (limitatamente alla branca specialistica \_\_\_\_\_);

di aver trasferito la sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ .mail: \_\_\_\_\_,

di aver nominato nuovo direttore/responsabile sanitario il dr. \_\_\_\_\_  
CF: \_\_\_\_\_

**Segue %**

### DICHIARA inoltre

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesta ATS
- che nulla è cambiato rispetto alle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata
- che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (Autocertificazione Antimafia) variazioni sopraindicate non comportano alcuna modifica all'assetto strutturale, funzionale e organizzativo;
- che permangono soddisfatti i requisiti autorizzativi
- che ogni sanitario operante nella struttura ha depositato la propria firma presso i competenti uffici ASL.

### ALLEGA

- documentazione comprovante le variazioni intervenute;
- autocertificazione di possesso dei titoli e atto di deposito firma *(solo nel caso 4)*
- attestazione di avvenuto versamento dei diritti sanitari di € **37,00**, somma prevista dal tariffario vigente alla voce D.01.04, da effettuarsi sul conto corrente postale n. 41467200 intestato a: ATS della Brianza – Settore IPATSLL Servizio Tesoreria – Viale Elvezia n. 2 – 20900 Monza.

### INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di essere informato che la presente non sostituisce altri eventuali adempimenti di legge previsti ai fini dell'avvio dell'attività,
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.
- di essere informato e aver preso visione 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> - Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;
  - il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il Dott. Luigi Recupero, individuato dalla Società LTA S.r.l. (Sede: Vicolo delle Palle, 25 - Roma - Cap 00186 - P.IVA 14243311009).

Data, \_\_\_\_\_

Il legale rappresentante \_\_\_\_\_

Spazio per apposizione protocollo

Il nuovo gestore \_\_\_\_\_  
*(solo nel caso n. 2)*

Il nuovo direttore sanitario \_\_\_\_\_  
*(solo nel caso n. 4)*