

Al Sig. Sindaco di \_\_\_\_\_  
per il tramite dell' U.O.C. Igiene degli  
Ambienti di Vita della ASP di Palermo  
Via Carmelo Onorato n. 6 Palermo

**Oggetto:** Istanza per rilascio di autorizzazione sanitaria all'apertura e all'esercizio di uno studio odontoiatrico.

Il / i sottoscritto/i :

1. Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_
2. Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_
3. Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

- titolare dello studio singolo / titolari dello studio associato di odontoiatria
- soci della Società tra Professionisti denominata \_\_\_\_\_  
legalmente rappresentata dal Dott. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE / CHIEDONO

alla S.V. il rilascio, ai sensi del D.A. Sanità del 17.6.2002, del provvedimento autorizzativo per (barrare solamente le caselle che interessano):

- apertura di uno studio odontoiatrico denominato " \_\_\_\_\_ "  
nei locali siti nel Comune di \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_;
- aggiornamento del provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
nei locali siti nel Comune di \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_;

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. n. 76 del DPR 445/2000 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 / DICHIARANO

- 1) di essere in possesso dei titoli di studio e professionali richiesti per l'esercizio dell'attività di odontoiatria (vedi autocertificazione /i allegata /e);
- 2) che i locali siti nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_  
verranno adibiti esclusivamente all'attività per la quale si chiede autorizzazione e di averne la piena ed esclusiva disponibilità, derivante da contratto di locazione/atto di proprietà, stipulato il \_\_\_\_\_ e registrato presso \_\_\_\_\_;

- 3) che l'immobile indicato al punto 2 è in possesso del certificato di abitabilità /SCA n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ / di perizia giurata in quanto costruito anteriormente al 1934 (cancellare la voce che non interessa);
- 4) che il regolamento condominiale dell'immobile non vieta l'ubicazione nell'edificio di uno studio odontoiatrico;
- 5) di conferire alla Ditta autorizzata \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ i rifiuti sanitari e tossico-nocivi prodotti nello studio;
- 6) di essere in possesso del certificato di conformità dell'impianto elettrico dei locali ove è ubicato lo studio professionale, specifico per l'attività odontoiatrica, in ottemperanza a quanto disposto dalle vigenti norme in materia, rilasciato da Ditta autorizzata \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- 7) di aver conferito in data \_\_\_\_\_ all'Esperto Qualificato \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ l'incarico per effettuare i controlli periodici di qualità delle apparecchiature radiologiche di cui è dotato lo studio, in ossequio alle vigenti norme in materia di radioprotezione (da compilare nel caso in cui lo studio è dotato di apparecchi radiografici);
- 8) di avere ottemperato alle disposizioni impartite dalle vigenti normative in materia di privacy;
- 9) di avere applicato le disposizioni impartite dalle vigenti normative in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro;

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, il / i sottoscritto/i autorizza/no l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Ogni eventuale comunicazione riguardante la presente istanza potrà essere inoltrata al seguente indirizzo del titolare o del R.L.:

\_\_\_\_\_ n. telefonico: \_\_\_\_\_ n. cellulare \_\_\_\_\_  
 e-Mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

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

<b>1</b>	Copia documento /i di identità in corso di validità (2 copie)
<b>2</b>	Autocertificazione/i laurea, abilitazione, iscrizione all'albo professionale (2 copie) <b>(Modello ALL. 1)</b>
<b>3</b>	Copia dell'atto costitutivo nel caso di associazione professionale o S.T.P.(2 copie)
<b>4</b>	Certificato di abitabilità o agibilità dei locali o titolo equivalente ai sensi del D.Lgs n. 222/2016; (2 copie)
<b>5</b>	Titolo di proprietà o contratto di locazione (2 copie)
<b>6</b>	Planimetria dei locali in formato scala 1:100 (4 copie)
<b>7</b>	Relazione tecnica (4 copie)
<b>8</b>	Elenco attrezzature ed apparecchiature, intestato, datato, firmato (4 copie) secondo l'art. 8 del D.A. 17.02.2002
<b>9</b>	Contratto smaltimento rifiuti speciali (sanitari e non) (2 copie)
<b>10</b>	Certificazione di conformità dell'impianto elettrico specifico per studio odontoiatrico (2 copie)
<b>11</b>	Contratto con esperto qualificato (2 copie)
<b>12</b>	Documentazione allegato A1 del D.A. 9 gennaio 2024 n. 20 (strutt. non res. semplice monopresidio) <b>(Mod. ALL. A1)</b>
<b>13</b>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione, da rendere utilizzando il modello aziendale in uso, 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) <b>(Modello ALL. 2).</b>
<b>14</b>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione, da rendere utilizzando il modello aziendale in uso, a cura dei soggetti esterni all'Azienda, attestante la sussistenza / 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) <b>(Modello ALL. 3).</b>
<b>15</b>	Attestazione di versamento dei diritti sanitari sul C/C postale n. 19721901 intestato ad ASP Palermo U.O.C. Igiene degli Ambienti di Vita

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma /e

**ALL. 1**

(artt. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

*Da rendere a cura del personale sanitario operante nello studio odontoiatrico.*

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....  
residente in ..... Via/Piazza ..... n. ....  
Prov ..... , codice fiscale ..... , nella qualità di  
..... dello studio odontoiatrico  singolo  associato 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 non trovarsi 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;
- 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**

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

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... e residente in ..... Via/Piazza ..... n. ...., Prov. ...., nella qualità di Titolare/Legale Rappresentante dell'Impresa/Associazione denominata ..... codice fiscale ....., partita IVA ....., con sede legale in ....., Via/Piazza ..... n. ...., Prov. .... e sede operativa in ....., Via/Piazza ..... n. ...., Prov. ...., telefono n. ...., fax n. ...., indirizzo di posta elettronica ..... 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

**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 Impresa/Associazione 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 per il 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)*

Luogo e Data .....

Il Titolare/Legale Rappresentante  
*(firma per esteso)*

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, 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 \_\_\_\_\_

Il Titolare/Legale Rappresentante  
*(firma per esteso)*



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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ  
(ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000)

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt\_\_\_ na t\_\_\_ 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<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>, 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

Sottoscrizione apposta al cospetto di \_\_\_\_\_  
(firma del dipendente addetto a ricevere la dichiarazione)  
(oppure)

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

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> Vedi nota <sup>1</sup>

**Per struttura non residenziale semplici monopresidio**  
 (vedi definizioni art. 2 e classificazione art. 3 del D.A. 9 gennaio 2024 n. 20).

**Per una puntuale applicazione di ciascun requisito fare riferimento ai subcodici riportati nell'allegato A1 del D.A. 9 gennaio 2024 n. 20.**

<b>Il Responsabile della struttura metterà a disposizione del GdV prima della visita i seguenti documenti previsti dai requisiti generali per l'autorizzazione di cui all'allegato A1 al decreto assessoriale 09 gennaio 2024 n. 20 (G.U.R.S. 26 gennaio 2024, n. 5, S.O. n. 4)</b>	
<b>DOCUMENTO</b>	<b>Cod. Requisito</b>
1. Documento che definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse (analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi)	<b><i>1A.01.03.01</i></b>
2. Documentazione inerente il sistema informativo	<b><i>1A.01.04.01</i></b>
3. Documento/programma che descrive le modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati	<b><i>1A.01.05.01</i></b>
4. Procedura per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti.	<b><i>1A.01.06.01</i></b>
5. Documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza	<b><i>1A.02.02.01</i></b>
6. Piano per la gestione delle emergenze	<b><i>1A.02.02.02</i></b>
7. Protocollo per l'isolamento di pazienti con patologie contagiose o potenzialmente tali	<b><i>1A.02.02.03</i></b>
8. Procedura che definisce i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo.	<b><i>1A.02.05.01</i></b>
9. Documento formale di incarico del responsabile della Manutenzione	<b><i>1A.03.01.01</i></b>
10. Inventario delle attrezzature aggiornato e verificato annualmente e procedura per l'identificazione delle attrezzature	<b><i>1A.03.02.01</i></b>
11. Piano per la gestione e la manutenzione (ordinaria e straordinaria) delle strutture, impianti, attrezzature e apparecchiature biomediche.	<b><i>1A.03.02.02</i></b>
12. Documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature e apparecchiature immediatamente disponibile agli operatori interessati e alla funzione preposta alla manutenzione	<b><i>1A.03.02.03</i></b>
13. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di caratteristiche ambientali e di accessibilità	<b><i>1A.03.05.01</i></b>
14. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antincendio	<b><i>1A.03.05.02</i></b>
15. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione acustica	<b><i>1A.03.05.03</i></b>
16. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e continuità elettrica	<b><i>1A.03.05.04</i></b>
17. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica	<b><i>1A.03.05.05</i></b>
18. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti	<b><i>1A.03.05.06</i></b>
19. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione della barriere architettoniche	<b><i>1A.03.05.07</i></b>

20. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di smaltimento dei rifiuti	<b>1A.03.05.08</b>
21. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di condizioni microclimatiche	<b>1A.03.05.09</b>
22. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di impianti di distribuzione dei gas	<b>1A.03.05.10</b>
23. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di materiali esplosivi	<b>1A.03.05.11</b>
24. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica	<b>1A.03.05.12</b>
25. Obblighi assicurativi definiti dalla normativa applicabile	<b>1A.04.12.04</b>
26. Carta dei servizi	<b>1A.05.03.01</b>
27. Modalità identificazione di tirocinanti, specializzandi e altri soggetti che intervengono nel percorso assistenziale.	<b>1A.05.03.03</b>
28. Report criticità riscontrate dall'analisi dei reclami e dei risultati delle indagini di customer satisfaction e relativi Piani di intervento	<b>1A.05.03.05</b>
29. Piano aziendale per la gestione del rischio	<b>1A.06.02.01</b>
30. Procedura per la pulizia e sanificazione degli ambienti	<b>1A.06.02.02</b>
31. Procedura per la protezione dagli incidenti per esposizione a materiale biologico o altre sostanze pericolose	<b>1A.06.02.03</b>
32. Sistema (Piani di intervento/report) per l'identificazione e la segnalazione di "near miss", eventi avversi ed eventi sentinella	<b>1A.06.02.04</b>