**Documentazione necessaria ai fini del rilascio di NULLA OSTA PER STRUTTURE SANITARIE ai sensi dell'art. 5, comma 6, della L. R. n.9/2017**

1) Comunicazione di inizio attività redatta dal professionista secondo il **Modulo di Nulla Osta** allegato;
2) Elaborato grafico dei locali ove ha sede l'attività in scala 1:50 o 1:100, datato e firmato da tecnico abilitato e dal Rappresentante Legale, completo dell'indicazione delle superfici, delle altezze, del lay-out, dei calcoli aero-illuminanti e dei percorsi di accessibilità di tutti gli ambienti;
3) Relazione Tecnica illustrativa, comprensiva anche delle misure adottate per l'abbattimento delle barriere architettoniche in adempimento alla L. 13/89 e al D.M. 236/89, datata e firmata da tecnico abilitato e dal Rappresentante Legale;
4) Relazione Sanitaria, datata e firmata del Responsabile Sanitario, sulle prestazioni che si intendono svolgere e dichiarazione di non effettuazione di procedure terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente;
5) Protocollo adottato per la prevenzione della legionellosi e relativa documentazione attestante la sua applicazione;
6) Documentazione attestante il titolo di possesso dei locali;
7) Certificato di agibilità o autocertificazione (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), redatta dal professionista abilitato, attestante che l'agibilità e la destinazione d'uso dei locali si riferisce allo stato attuale della struttura e che quest'ultima risulta idonea allo svolgimento dell'attività;
8) Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico e degli impianti tecnologici e ultima verifica ai sensi del D.M. 37/08;
9) Denuncia dell'impianto di messa a terra e se presente anche un solo lavoratore verifica periodica dello stesso impianto (ai sensi del D.P.R. 462/01);
10) Autocertificazione (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), a firma del Rappresentante Legale, che la struttura risulta allacciata alla rete idrico-fognaria dell'AQP ed è dotata di fornitura costante;
11) Contratto con ditta autorizzata per lo smaltimento dei rifiuti speciali prodotti e copia dell'ultima ricevuta di ritiro;
12) Se in possesso, presa d'atto degli apparecchi radiologici e/o altre fonti di radiazione in dotazione o in mancanza, comunicazione di detenzione corredata di relazione dell'Esperto Qualificato, dichiarazione da parte dello stesso di accettazione dell'incarico di sorveglianza fisica, planimetria in scala 1:50 di tutta l'attività con indicazione dell'ubicazione degli apparecchi e firmata dell'Esperto, attestazione in originale del versamento di € 123,40 per ciascun apparecchio (ex art. 22 D.L. 241/00) ;
13) Dotazione di defibrillatore semiautomatico e attestato/i BLSD aggiornato/i;
14) Scheda n. 1 "**ORGANICO**" e Scheda n. 4 "**ELENCO STRUMENTAZIONE**" compilate dal Rappresentante Legale;
15) Scheda n. 2 "**TITOLI PROFESSIONALI E NON INCOMPATIBILITÀ**" compilata da titolare/i, dipendenti, collaboratori, ecc.;
16) Scheda n. 3 "**TITOLI PROFESSIONALI E NON INCOMPATIBILITÀ – RESPONSABILE SANITARIO**";
17) Autocertificazione (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), firmata del Rappresentante Legale, che la struttura possiede i requisiti relativi alla salute e sicurezza dei posti di lavoro e di aver ottemperato agli obblighi e adempimenti previsti dal D. Lgs. n. 81/08;
18) Per i locali a piano terra, seminterrati e interrati, adempimento alle norme in materia di riduzione dalle esposizioni alla radioattività naturale derivante dal "Gas Radon" ai sensi della L.R. 30/16, s.m.i.;
19) Attestazione di versamento dei Diritti Servizi Igiene e Sanità Pubblica (€ 77,10 fino a 50 mq – € 115,70 oltre 50 mq) da effettuare tramite il sistema PAGOPA - MyPay. Per generare il modulo di pagamento collegarsi al link **https://mypay.asl.bari.it/Spontaneo.aspx** , compilare la schermata in tutte le sue parti selezionando tra le tipologie di pagamento "*Diritti Servizi Igiene e Sanità Pubblica"* e inserendo come causale la dicitura "*DOMANDA DI NULLAOSTA ALL'ESERCIZIO PROFESSIONI SANITARIE*";
20) Tassa di Concessione Regionale (€ 280,00) prevista dalla L.R. 31/01 da pagare mediante il sistema PAGOPA - MyPay della Regione Puglia collegandosi all'indirizzo **https://pagopa.rupar.puglia.it/pa/home.html .**

**La suddetta documentazione dovrà essere trasmessa, per il tramite dello Sportello SUAP del Comune territorialmente competente, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica.**

"Informativa Privacy: i Suoi dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i Suoi diritti di cui agli artt.15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia all'apposita sezione "Privacy" del sito internet istituzionale all'indirizzo https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari

*Per il tramite dello sportello SUAP del Comune competente*

Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Sede di** _____

OGGETTO: comunicazione di inizio attività e richiesta di NULLA OSTA igienico sanitario per l'apertura dello studio di: _____

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n° _____
cap _____ tel. _____ e-mail _____

***CHIEDE***

*ai sensi dell'art. 5, comma 6, della Legge Regionale n. 09/2017 e s.m.i., il rilascio del NULLA OSTA allo svolgimento dell'attività:*

□ *specialistica di* _____

□ *odontoiatrica* _____

□ *altro* _____

con sede a _____ *in via* _____ *n°* _____
stanza denominata _____ nella planimetria allegata.

_____ *, lì* _____

*IL RICHIEDENTE*

_____

**Modulo per la richiesta di nullaosta all'esercizio dell'attività medica, odontoiatrica o di altra professione sanitaria.**

"Informativa Privacy: i Suoi dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i Suoi diritti di cui agli artt.15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia all'apposita sezione "Privacy" del sito internet istituzionale all'indirizzo https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari."

**ORGANICO** **SCHEDA 1**

Denominazione struttura:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ (D.P.R. n. 445/2000, artt. 46 e 47)**

Il/la sottoscritto/a ..... Responsabile Legale della struttura, nato/a ..... il ....., residente a ..... Via ..... Cap ....., telefono ....., C.F. ....., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto (in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi),

**DICHIARA**

che il personale sottoelencato (titolare/i, dipendenti, collaboratori, ecc.) svolge la propria attività all'interno della struttura:

| Cognome e nome | Data di nascita | Titolo di studio | Specializzazione | Iscrizione all'Albo | Data di assunzione | Ore settimanali | Tipo di contratto | Reparto | Mansione |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Si allega copia del documento d'identità.

Data ..... (Firma) .....

**TITOLI PROFESSIONALI E NON INCOMPATIBILITÀ** **(SCHEDA 2)**

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ (D.P.R. n. 445/2000, artt. 46 e 47)*

Il/la sottoscritto/a …….. nato/a …….. il …….. e residente a …….. Via …….. CAP …….. Tel. …….. C.F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

**DICHIARA**

- di essere in possesso del seguente titolo:

Laurea/Diploma di .....
conseguita/o presso .....
il .....;
Titolo equipollente/equivalente .....
ai sensi del .....;
(indicare gli estremi del relativo provvedimento che ne dichiara l'equipollenza o l'equivalenza)
Specializzazione in .....
conseguita presso .....
il
.....;
Specializzazione in .....
conseguita presso .....
il
.....;

- di essere iscritto/a all'Albo (se previsto) .....
della Provincia di ..... al n° ..... dal .....;
- di prestare attività lavorativa presso .....
in qualità di ..... dal .....
con rapporto di lavoro ..... (dipendente, libero professionale, altro)
con prestazione settimanale di n° ..... ore di attività e nello svolgere l'incarico, non incorre nelle cause di incompatibilità previste dalle vigenti normative.

**DICHIARA INOLTRE**

di ricoprire al momento il/i seguente/i altro/i incarico/incarichi:

1. incarico presso .....
   in qualità di ..... dal .....
   con rapporto di lavoro ..... (dipendente, libero professionale, altro) e con prestazione settimanale di n° ..... ore;
2. incarico presso .....
   in qualità di ..... dal .....
   con rapporto di lavoro ..... (dipendente, libero professionale, altro) e con prestazione settimanale di n° ..... ore.

Si allega copia del documento d'identità.

Data ..... (Firma) .....

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.
La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. n. 445/2000.

**TITOLI PROFESSIONALI E NON INCOMPATIBILITÀ – RESPONSABILE SANITARIO** **(SCHEDA 3)**

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ (D.P.R. n. 445/2000, artt. 46 e 47)*

Il/la sottoscritto/a …….. nato/a …….. il …… e residente a …….. Via …….. CAP …… Tel. …… C.F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

**DICHIARA**

- di essere in possesso del seguente titolo:

Laurea/Diploma di .....
conseguita/o presso .....
il .....;
Titolo equipollente/equivalente .....
ai sensi del .....;

(indicare gli estremi del relativo provvedimento che ne dichiara l'equipollenza o l'equivalenza)

Specializzazione in .....
conseguita presso .....
il .....;
Specializzazione in .....
conseguita presso .....
il .....;

- di essere iscritto/a all'Albo……..
della Provincia di …… al n° …… dal ……;
- di accettare l'incarico presso .....
in qualità di …… dal ……;
con rapporto di lavoro …… (dipendente, libero professionale, altro)
con prestazione settimanale di n° …… ore di attività e nello svolgere l'incarico, non incorre nelle cause di incompatibilità previste dalle vigenti normative.

**DICHIARA INOLTRE**

di ricoprire al momento il/i seguente/i altro/i incarico/incarichi:

1. incarico di Responsabile Sanitario dal …… anche presso ..... con rapporto di lavoro …… (dipendente, libero professionale, altro) e con prestazione settimanale di n° …….. ore;
2. incarico presso .....
   in qualità di ..... dal ……
   con rapporto di lavoro …… (dipendente, libero professionale, altro) e con prestazione settimanale di n° …… ore.

Si allega copia del documento d'identità.

Data …… (Firma) .....

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. n. 445/2000.

**ELENCO STRUMENTAZIONE** **SCHEDA 4**

Denominazione struttura:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ (D.P.R. n. 445/2000, artt. 46 e 47)**

Il/la sottoscritto/a ..... Responsabile Legale della struttura, nato/a ..... il ....., residente a ..... Via ..... Cap ....., telefono ....., C.F. ....., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto (in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi),

**DICHIARA**

che l'apparecchiatura/strumentazione sottoelencata è presente all'interno della struttura (Attenzione! Inserire anche il defibrillatore semiautomatico e il montascale se in possesso):

| Apparecchiatura Strumentazione | Marca | Modello | N° Seriale | Marchiatura CE | Titolo di possesso | Ultimo collaudo | Ubicazione apparecchiatura/strumentazione |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Si allega copia del documento d'identità.

Data ..... (Firma) .....