

**Alla Regione Calabria**  
**Dipartimento *Tutela della Salute e Politiche Sanitarie***

**All'Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_**

**all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**

**di \_\_\_\_\_**

*Per il tramite dello Sportello Unico per le Attività produttive del Comune*  
*di \_\_\_\_\_*

**OGGETTO: S.C.I.A. PER STUDIO ODONTOIATRICO DI SINGOLO PROFESSIONISTA**  
**(Segnalazione Certificata Inizio Attività ai sensi dell'art. 6 della Legge Regionale n. 10 del 19 aprile 2016 recante "Norme per la tutela della salute dei pazienti nell'esercizio delle attività specialistiche odontoiatriche").**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_ Dott. \_\_\_ \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

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. n. 445 del 28 dicembre 2000, nonché delle consequenziali sanzioni disciplinari da parte dell'Organismo ordinistico competente (CAO),

### COMUNICA E ATTESTA

- 1) di essere titolare di studio odontoiatrico e, in qualità di libero professionista, di inoltrare la presente S.C.I.A., ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 10/2016, la quale tiene luogo dell'autorizzazione all'esercizio per l'attività odontoiatrica ai sensi dell'art. 8-ter, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- 2) di essere in possesso dei titoli di studio e professionali, nonché del titolo abilitativi, necessari per l'esercizio della professione di odontoiatra e di essere iscritto al relativo albo professionale presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ come da dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, allegata <sup>(1)</sup>;
- 3) che presso lo studio odontoiatrico è altresì presente e presta la propria attività il personale di cui all'elenco allegato alla presente, con espressa indicazione delle relative generalità, dei relativi titoli di studio e di specializzazione posseduti e delle rispettive responsabilità <sup>(2)</sup>;

<sup>1</sup> Utilizzare Modello 1-bis.

<sup>2</sup> Utilizzare Modello 1-ter.

- 4) che la presente S.C.I.A. è inoltrata in qualità di persona fisica titolare dello studio odontoiatrico denominato: \_\_\_\_\_  
 con sede in: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_  
(città) (provincia)  
 alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
 avente Partita IVA n.: \_\_\_\_\_, e i seguenti recapiti: telefono \_\_\_\_\_  
 fax \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_;

- 5) Che lo studio svolge le seguenti attività <sup>(3)</sup>:

	Codice	Prestazione
	<b>Od01</b>	Attività peritali
	<b>Od02</b>	Conservativa
	<b>Od03</b>	Endodonzia
	<b>Od04</b>	Igiene e profilassi odontoiatrica
	<b>Od05</b>	Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm
	<b>Od06</b>	Implantologia in pazienti di età comunque superiore a cinque anni
	<b>Od07</b>	Ortodonzia
	<b>Od08</b>	Parodontologia
	<b>Od09</b>	Protesi
	<b>Od10</b>	Diagnostica per immagini settoriale, strumentale e strettamente connessa all'attività professionale odontoiatrica (uso Ortopantomografo e/o altro apparecchio radiologico endorale)
	<b>Od11</b>	Anestesia locale strettamente connessa all'attività professionale odontoiatrica.
	<b>OdOmni</b>	Tutte le prestazioni indicate dai codici che vanno da Od01 a Od11.

#### ALLEGA

inoltre, alla presente la seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 della Legge n. 445/2000, in conformità alle previsioni del *"Disciplinare tecnico relativo ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per all'esercizio degli studi odontoiatrici e delle strutture sanitarie che erogano prestazioni di odontostomatologia"* <sup>(4)</sup>.
- planimetria generale dello studio odontoiatrico in scala 1:100;
- documentazione attestante il possesso dell'immobile o copia del contratto di locazione, comodato d'uso o *leasing* relativo all'immobile;
- l'elenco delle attrezzature e dei gas medicali ove richiesti;
- copia del contratto per lo smaltimento dei rifiuti speciali;
- l'elenco nominativo del personale, con i relativi titoli di studio e CCNL che sarà applicato all'avvio dell'attività, e l'indicazione delle rispettive responsabilità all'interno dello studio;
- copia delle autocertificazioni sulla insussistenza di incompatibilità, rilasciate dal personale di cui alla lettera precedente ai sensi del DPR 445 del 28 dicembre 2000;
- il regolamento interno, ove esistente.

#### SI IMPEGNA

<sup>3</sup> Barrare con una "X" una o più caselle vuote riferite alle attività interessate. Per lo svolgimento di tutte le attività consentite, barrare esclusivamente la casella corrispondente al codice "OdOmni"

<sup>4</sup> Utilizzare Modello 1-bis.

- a comunicare tempestivamente a tutte le amministrazioni in indirizzo qualsiasi variazione dei requisiti minimi e/o di quanto trasmesso in allegato alla presente S.C.I.A.;
- stante l'art. 6 lettera "i" dell'Allegato "A" alla L.R. n. 10/2016, a comunicare l'eventuale vendita o rottamazione di riuniti la cui detenzione è stata dichiarata e/o l'acquisto di nuovi riuniti al Dipartimento Tutela della salute e politiche sanitarie della Regione Calabria, all'Azienda sanitaria provinciale ed all'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri territorialmente competenti.

### AUTORIZZA

le Amministrazioni in indirizzo al trattamento dei dati personali per le finalità istituzionali, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003;

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

Firma

*Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →*

\_\_\_\_\_  
*Firmare anche con dispositivo di firma digitale*