

**REGIONE LAZIO**  
**DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**  
**Comunicazione di avvenuta installazione di apparecchiatura a risonanza magnetica per**  
**uso diagnostico**  
**(DM 14 gennaio 2021; DPR n. 542/1994)**

Bollo (16 euro) o  
Bollo Virtuale<sup>1</sup>

**Al Direttore della Direzione**  
***“Salute e Integrazione Socio Sanitaria”***  
**REGIONE LAZIO**

PEC: *autorizzazione-accreditamento@pec.regione.lazio.it*

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ tel.fisso \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
mobile \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC dell'amministratore \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ rappresentante legale del soggetto giuridico<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
con sede legale in via/piazza \_\_\_\_\_  
CAP/Comune \_\_\_\_\_ Partita IVA: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_  
gestore della sottoscritta struttura denominata: \_\_\_\_\_

STRUTTURA: ☐ PUBBLICA ☐ PRIVATA.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità, anche penali, previste per il caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità, (*barrare la lettera corrispondente*)

**COMUNICA L'AVVENUTA INSTALLAZIONE DELLA:**

☐ APPARECCHIATURA DI RMN TOTAL BODY AD USO DIAGNOSTICO FINO a 4T

☐ APPARECCHIATURA DI RMN SETTORIALE AD USO DIAGNOSTICO FINO a 0.5T

<sup>1</sup> La dichiarazione deve essere resa dal legale rappresentante o da ciascun legale rappresentante, se più di uno;

**DELLA SEGUENTE APPARECCHIATURA:**

|                                                                        |                                     |                                     |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Casa costruttrice</b>                                               |                                     |                                     |
| <b>Modello/tipo</b>                                                    |                                     |                                     |
| <b>Tipologia</b>                                                       | <input type="checkbox"/> Total body | <input type="checkbox"/> Settoriale |
| <b>Tipo di magnete () resistivo, () permanente, () superconduttore</b> |                                     |                                     |
| <b>Intensità del campo magnetico (Tesla)</b>                           |                                     |                                     |

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità, anche penali, previste per il caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA, altresì**

- 1) ☐ che l'impianto è conforme ai requisiti e agli standard previsti dal Decreto Ministeriale 14 gennaio 2021 recante "*Determinazione degli standard di sicurezza e impiego per le apparecchiature a risonanza magnetica e individuazione di altre tipologie di apparecchiature a risonanza magnetica settoriali non soggette ad autorizzazione*" (secondo quanto specificato nell'Allegato al Decreto stesso);
- 2) ☐ che l'apparecchiatura è installata in locali già autorizzati secondo i requisiti stabiliti a livello regionale con il seguente provvedimento regionale \_\_\_\_\_;
- 3) ☐ che l'apparecchiatura è installata in una struttura già autorizzata per l'attività di Diagnostica per Immagini – Radiologia Diagnostica con il seguente provvedimento regionale \_\_\_\_\_;

**ALLEGA**

☐ la documentazione di cui al D.M. 14 Gennaio 2021 art. 3, in relazione al completo soddisfacimento degli obblighi previsti dal documento allegato al suddetto decreto;

**SI IMPEGNA**

a fornire ogni altra informazione e documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti per l'autorizzazione delle attività/prestazioni richieste, ai sensi della normativa vigente, nonché a trasmettere la presente comunicazione, agli organi di vigilanza di cui all'art. 7 del decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 1994, n. 542.

**AUTORIZZA**

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni: Titolare del Trattamento: Regione Lazio (Direzione regionale salute)

Indirizzo Via R. Raimondi Garibaldi, 7 00145 Roma mail/PEC:

autorizzazione-accreditamento@pec.regione.lazio.it

Finalità del trattamento. Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici, ivi compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Destinatari dei dati. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), organi di controllo e Aziende sanitarie.

Responsabile del trattamento: funzionario responsabile del procedimento e dirigente

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha inoltre il diritto alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte alla Regione Lazio.

Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo mail autorizzazione-accreditamento@pec.regione.lazio.it

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

☐ Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (barrare la casella).

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

**IL RICHIEDENTE**

Allega documento di riconoscimento in corso di validità