

Modello 3 – Modello Unico per Variazione direttore sanitario Dic 2019

REGIONE LAZIO
DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
Comunicazione di variazione del
Direttore sanitario/Direttore tecnico della struttura
(L.R. n. 4/2003; art. 15 R.R. n. 20/2019)

Al Direttore della Direzione
“Salute e Integrazione Socio Sanitaria”
REGIONE LAZIO
 PEC: *autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it*

Il sottoscritt _____
 nat a _____ il _____
 residente in _____ CAP _____
 via/piazza _____ codice fiscale _____
 tel. _____ e-mail _____
 PEC _____
 in qualità di rappresentante legale del soggetto
 giuridico _____
 con sede legale in _____ CAP _____
 via/piazza _____ Partita IVA: _____,
 gestore della sottoscritta struttura denominata:

 sita in _____ provincia (_____) nel territorio di competenza della ASL
 _____ via/piazza _____ e numero _____
 _____ CAP _____

che esercita attività di:

- a) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: _____ ;
 a1) PRESIDIO DI CHIRURGIA AMBULATORIALE _____ ;
 b) STRUTTURA SANITARIA in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o
 diurno per acuzie ;
 c) STRUTTURA SANITARIA in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o
 diurno post acuzie _____ ;
 d) STRUTTURA SANITARIA/SOCIO-SANITARIA in regime residenziale o
 semiresidenziale o di assistenza territoriale extra-ospedaliera _____ ;
 e) STABILIMENTI TERMALI _____ ;
 f) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA _____ ;

IN POSSESSO

del seguente titolo abilitante all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria:

- Autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria/socio-sanitaria**, ai sensi dell'art. 8-ter,
 commi 1 e 2, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciata con ⁽¹⁾:
 o Determinazione del direttore regionale _____ n. _____ del _____ ;
 o Decreto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del
 settore sanitario della Regione Lazio n. _____ del _____ ;

¹ Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

- Altro ⁽²⁾: precisare se il il soggetto è autorizzato ed in virtù di quale provvedimento

- Accreditamento con il SSR**, ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciato con ⁽³⁾:
- Decreto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio n. _____ del _____;
- Delibera di Giunta regionale _____;

COMUNICA LA VARIAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO, QUALE RESPONSABILE DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ/PRESTAZIONI SANITARIE O SOCIO-SANITARIE:

- Discipline e prestazioni in regime _____ sottospecificate:

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

il cambio della direzione sanitaria dal ____/____/_____
 dal dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____;
 al dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____;

- Dichiaro, altresì, il mantenimento di ogni altro elemento della struttura autorizzata, con particolare riferimento ai requisiti minimi autorizzativi e quelli ulteriori di qualità, se accreditato.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- a) dichiarazione ai sensi degli artt. 47 e 76 DPR 445/2000 di rinuncia all'incarico da parte del direttore uscente con acclusa copia del documento di riconoscimento in corso di validità oppure copia della risoluzione del contratto;
- b) Lettera di incarico del rappresentante legale al nuovo direttore sanitario;
- c) Accettazione dell'incarico da parte del nuovo direttore con acclusa copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- d) Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 artt 46 e 76 del Direttore sanitario dell'ottenimento del diploma di Laurea, dell'iscrizione all'Ordine dei Medici ed Odontoiatri, del possesso della relativa specializzazione ovvero di titolo equipollente idoneo a giustificare

² Specificare.

³ Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

l'incarico secondo i requisiti vigenti (es. esperienza nel settore) _____;

- e) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativo ai requisiti di onorabilità (cfr. modello 1) e all'assenza delle cause di incompatibilità con acclusa copia del documento di riconoscimento in corso di validità;

SI IMPEGNA

A fornire ogni altra informazione e documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti del responsabile sanitario

AUTORIZZA

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018⁴, 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@regione.lazio.legalmail.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@regione.lazio.legalmail.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 LEGALE RAPPRESENTANTE

⁴ DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101 : "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). (GU Serie Generale n.205 del 04-09-2018)

Modello 3 – Modello Unico per Variazione direttore sanitario Dic 2019

Allegare un documento di riconoscimento in corso di validità.