

Spett. le A.T.S. BRESCIA

**DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
SC IGIENE SANITA' PUBBLICA, SALUTE - AMBIENTE
MEDICINA DELLO SPORT**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente a _____ in Via _____
_____ n. _____ recapito telefonico _____ C.F. _____
Partita IVA _____ Laureato/a il _____ presso
l'Università di _____ Specializzato in Medicina dello Sport
presso l'Università di _____ il _____ iscritto all'Ordine
dei Medici della Provincia di _____ N. _____ in data _____

COMUNICA

l'avvio del proprio studio professionale sito a _____ in Via _____
_____ n. _____ per l'attività, in regime privatistico, di cui alla L.R. 21.02.2000
n. 9 art. 3 "allegato B".

DICHIARA

1. di svolgere l'attività. In regime privatistico, individuata dalla L.R. 21.02.2000 n. 9 art. 3 "allegato B" punto 17) così come previsto dai D.M. 18.20.1983, presso il proprio studio sito a _____ in Via _____ n. _____;
2. di essere in possesso delle attrezzature stabilite dalla L.R. 21.02.2000 n. 9 art. 3 "allegato B";
3. di assicurare:
 - il monitoraggio dell'attività clinica certificatoria svolta;
 - la trasmissione mensile dei flussi informativi secondo le direttive regionali ai Servizi di Medicina dello Sport dell'ATS competente sia per quanto concerne l'attività clinica certificatoria che l'attività amministrativa;
 - il rispetto di tutti i requisiti previsti dalla L.R. 21.02.2000 n.9.

Che quanto sopra riportato è soggetto alla dichiarazione sostitutiva di certificazione riferita alla Legge 04.01.1968, n. 15, DPR 20.10.1998, n 403, ed è consapevole che in caso di falsa dichiarazione incorrerà in sanzioni penali e nella decadenza dai benefici eventualmente ottenuti.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione di quanto sopra dichiarato ed eventuale rinuncia.

Luogo _____ Data _____

firma per esteso del dichiarante e timbro

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-priv-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it.