

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

All'Azienda Sanitaria Provinciale  
di.....

all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della  
Provincia di.....

**OGGETTO: S.C.I.A. PER STUDIO ODONTOIATRICO ASSOCIATO / S.T.P.**  
(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 sottoscritti:

- 1) Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_;
- 2) Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_;
- 3) Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_;
- 4) Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_;
- 5) Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_;

consapevoli 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),

**COMUNICANO E ATTESTANO**

- 1) di essere titolari <sup>(1)</sup>:
- ☐ di studio odontoiatrico associato condotto in forma di associazione professionale;
- ☐ di studio odontoiatrico condotto nella forma di società tra professionisti <sup>(2)</sup>, di cui è legale rappresentante è il dott. \_\_\_\_\_ ;
- avente le seguenti caratteristiche:
- a. Denominazione/Ragione sociale: \_\_\_\_\_
- b. Forma Giuridica: \_\_\_\_\_
- c. Sede: \_\_\_\_\_
- d. Costituita con atto del Dott. \_\_\_\_\_ Notaio avente sede in \_\_\_\_\_ rep.n. \_\_\_\_\_ racc.n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ;
- e. Iscritta presso la Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura (C.C.I.A.A.) di \_\_\_\_\_ ;
- f. con il seguente C.F./P.IVA. \_\_\_\_\_ ;
- 2) 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.;
- 3) 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 iscritti al relativo albo professionale come da dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 prodotta da ciascuno degli interessati e allegata alla presente <sup>(3)</sup>;
- 4) 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>(4)</sup>;
- 5) che la presente S.C.I.A. è inoltrata per lo studio odontoiatrico associato/S.T.P. denominato: \_\_\_\_\_
- con sede in: \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_ (provincia) CAP \_\_\_\_\_
- alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,
- avente Partita IVA n.: \_\_\_\_\_, e i seguenti recapiti: telefono \_\_\_\_\_
- fax \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_
- eventuali PEC secondarie: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ;
- 6) Che lo studio svolge le seguenti attività <sup>(5)</sup>:

<sup>1</sup> Barrare solo la casella interessata.

<sup>2</sup> Come tale si intende esclusivamente il tipo di società disciplinata dalla Legge 12 novembre 2011 n. 183 e dal Decreto del Ministero della Giustizia n. 34 dell'8 febbraio 2013;

<sup>3</sup> Utilizzare Modello 1-bis. Lo stesso modello deve essere compilato, sottoscritto e allegato anche da ciascuno dei soci, ad eccezione dei eventuali soci di capitale della s.t.p. .

<sup>4</sup> Utilizzare Modello 1-ter

<sup>5</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";

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

### ALLEGANO

alla presente, inoltre, la seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 della Legge n. 445/2000, rilasciata ai fini della verifica dei requisiti soggettivi di cui all'art. 9, comma 3, della L.R. n. 24/2008, 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”* (Allegato “A” alla L.R. n. 10/2016), relativa a ciascuno dei soci <sup>(6)</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 IMPEGNANO

- 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 <sup>(7)</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>6</sup> Utilizzare Modello 1-bis. Lo stesso modello deve essere compilato, sottoscritto e allegato anche da ciascuno dei soci.

<sup>7</sup> Per la S.T.P. la prima firma è quella del legale rappresentante. Per gli studi associati si procede nello stesso ordine della domanda, utilizzando la ratifica che segue la firma.

La presente, per integrale conferma e ratifica delle dichiarazioni ivi contenute e condivisione dei relativi impegni, è altresì sottoscritta dai soci sig.ri:

1) Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
 nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(luogo) (data)

Firma

\_\_\_\_\_

2) Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
 nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(luogo) (data)

Firma

\_\_\_\_\_

3) Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
 nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(luogo) (data)

Firma

\_\_\_\_\_

4) Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
 nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(luogo) (data)

Firma

\_\_\_\_\_