

**REGIONE LAZIO**  
**DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**  
**Richiesta annullamento istanza di conferma dell'autorizzazione all'esercizio**  
**su piattaforma SAASS**  
**(L.R. n. 4/2003; DCA n. U00038/2012 e s.m.i.; D.G.R. 447/2015)**

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

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**  
**della Provincia di \_\_\_\_\_ .**

**All'Azienda Sanitaria Locale**  
**\_\_\_\_\_ ..**  
**LORO SEDI**

**OGGETTO: Richiesta annullamento istanza di conferma dell'autorizzazione su piattaforma SAAS**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di: (Attenzione: barrare una sola casella)

Titolare / Legale Rappresentante\*

della struttura denominata \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
P.IVA \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Sita in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, ASL

territorialmente competente: \_\_\_\_\_

\*in caso di Studio Associato \_\_\_\_\_

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,

**DICHIARO**

che le prestazioni erogate nello studio indicato:

- a) non sono comprese tra quelle soggette ad autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività sanitaria e socio sanitaria (L.R. n. 4/2003) e non comportano interventi di chirurgia ambulatoriale, ovvero, procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o un rischio per la sicurezza del paziente;
- b) rientrano in quelle considerate a minore invasività, come da elenco allegato ~~ò~~ alla Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 447 del 09/09/2015;

Chiedo l'annullamento della richiesta di conferma dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, effettuata tramite il sistema informativo SAASS.

Mi impegno, inoltre, ad inviare apposita comunicazione all'Azienda USL territorialmente competente.

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018<sup>1</sup>, 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 RICHIEDENTE**

Allego, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità.

<sup>1</sup> 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)