

**REGIONE LAZIO**  
**DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**  
**Istanza per l'installazione di apparecchiatura a risonanza magnetica del gruppo A 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@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<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
 con sede legale in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 via/piazza \_\_\_\_\_ Partita IVA: \_\_\_\_\_  
 costituita con atto notarile Rep. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 a rogito del notaio Dott. \_\_\_\_\_,  
 gestore della sottoscritta struttura privata denominata: \_\_\_\_\_  
 sita in \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_  
 ASL territorialmente competente \_\_\_\_\_

**FA ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE**

per:

- ☐ INSTALLAZIONE DI UN IMPIANTO DI RMN AD USO DIAGNOSTICO  
☐ SOSTITUZIONE DI UNA RMN GIÀ INSTALLATA  
☐ TRASFORMAZIONE DI UNA RMN DA SETTORIALE A TOTAL BODY

**DELLA SEGUENTE APPARECCHIATURA:**

<sup>1</sup> Forfetaria anche per istanze telematiche o una ogni 4 fogli se cartacea o obollo virtuale di cui all'art. 15 del d.P.R. n. 642/1972; assolvibile anche con F24 (codice tributo 2501)

<sup>2</sup> La dichiarazione deve essere resa dal legale rappresentante o da ciascun legale rappresentante, se più di uno;

<b>Casa costruttrice</b>		
<b>Modello/tipo</b>		
<b>Tipologia</b>	<input type="checkbox"/> Total body	<input type="checkbox"/> Settoriale
<b>Tipo di magnete</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,<sup>3</sup>

- 1) ☐ che l'impianto da realizzare risulterà 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) ☐ la disponibilità delle seguenti ulteriori dotazioni strumentali diagnostiche:
  - 2.1. ☐ Radiologia convenzionale;
  - 2.2. ☐ Ecografia;
  - 2.3. ☐ Tomografia computerizzata;
- 3) ☐ che il Medico Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica della prestazione:
 

è il/la Dott./ Dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

è in possesso della specializzazione nella relativa disciplina richiesta ai sensi della vigente normativa \_\_\_\_\_ ovvero in possesso del titolo equipollente ai sensi della Tab. B del DM 30 gennaio 1998 e s.m.i. \_\_\_\_\_
- 4) ☐ che l'Esperto Responsabile della sicurezza è \_\_\_\_\_
- 5) ☐ che presso il Presidio viene svolta la seguente attività assistenziale:

Quantificazione del numero di pazienti esaminati annualmente (valore stimato distinto per tipologia diagnostica)	
Radiologia convenzionale	n. _____
TAC	n. _____
Ecografia	n. _____

Numero esami previsti per anno con la nuova apparecchiatura
n. _____

### SI IMPEGNA<sup>4</sup>

- 1) ☐ a non installare l'apparecchiatura di cui sopra nell'eventualità di parere contrario all'installazione da parte dell'amministrazione regionale;
- 2) ☐ a comunicare l'avvenuta installazione secondo quanto previsto dal DM 14 gennaio 2021.

<sup>3</sup> Barrare ogni casella;

<sup>4</sup> Barrare ogni casella;

## PRENDE ATTO

- 1) ☐ che l'autorità sanitaria si pronuncerà sulla domanda entro sessanta giorni dal ricevimento della stessa; decorso tale termine l'autorizzazione si intende concessa (art. 5 c. 4 DM n. 542/1994)

## ALLEGA

la seguente documentazione:

- a) planimetria generale, in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato, anche digitale, dalla quale risulti l'area che nel presidio è occupata dalle altre apparecchiature di diagnostica per immagini con messa in evidenza dell'area destinata all'apparecchio RMN del quale si chiede l'installazione;
- b) Elenco quali-quantitativo del personale che si prevede di assegnare alla gestione della RMN articolato in:
- ☐ Personale medico n. \_\_\_\_\_; Specializzazione \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_; Specializzazione \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_; Specializzazione \_\_\_\_\_
- ☐ Personale tecnico (tecnici radiologi) n. \_\_\_\_\_;
- ☐ Personale sanitario n. \_\_\_\_\_;
- ☐ Personale amministrativo n. \_\_\_\_\_;
- c) il piano di sicurezza;
- d) copia del regolamento interno;
- e) dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa all'iscrizione al registro delle imprese presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per i soggetti che vi sono tenuti ai sensi della normativa vigente;
- f) copia del contratto per lo smaltimento dei rifiuti speciali;
- g) relazione asseverata da tecnico abilitato che attesti:
- la conformità degli impianti di cui all'art. 107 D.P.R. 380/2001;
  - che l'immobile è conforme alle disposizioni in materia di antincendio secondo la vigente normativa;
  - che l'immobile è conforme alle regole di prevenzione del rischio elettrico ed è assicurato il nodo equipotenziale nei locali ad uso medico e relativi collegamenti;

## 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.

**AUTORIZZA**

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018<sup>5</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.

<sup>5</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".

**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**

Allega documento di riconoscimento in corso di validità.