



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
**SC Igiene e Sanità Pubblica**  
Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Loc. Amérique 7/L  
11020 QUART AO

## DOMANDA PER IL RILASCIO DEL NULLA OSTA IGIENICO-SANITARIO

- ☐ **(ART.2)** Nulla osta igienico-sanitario per l'esercizio di attività sanitaria di minore invasività in forma autonoma o associata
- ☐ **(ART.3)** Nulla osta igienico-sanitario per l'attività sanitaria di minore invasività in forma organizzata o ai fini della presentazione della SCIA presso l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali per l'attività sanitaria di maggiore invasività.
- ☐ **(ART.4)** Nulla osta igienico-sanitario per l'attività socio-sanitaria, socio-assistenziale e socio-educativa ai fini della presentazione della SCIA presso l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali
- ☐ **(ART.5)** Nulla osta igienico-sanitario per l'esercizio di prestazioni veterinarie in forma autonoma, associata e organizzata

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ della Soc. \_\_\_\_\_  
C.F.- P. IVA \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**ART. 2 – 3 – 5** Iscrizione all'Ordine, dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri / Ordine dei Veterinari presso il competente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri / Ordine dei Veterinari di (Regione/Provincia) \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE IL NULLA OSTA IGIENICO-SANITARIO PER**

\_\_\_\_\_ sito in Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

L'importo dei relativi diritti sanitari previsti dal Tariffario AUSL verrà comunicato successivamente e la ricevuta **andrà consegnata alla ns segreteria al momento del rilascio del nulla osta.**

Il pagamento potrà essere effettuato con le seguenti modalità:  
AUSL Valle d'Aosta – Servizio Tesoreria 11100 AOSTA bollettino c/c postale n. 10148112  
**oppure,**  
BONIFICO: UNICREDIT SpA – Av. Conseil des Commis, 19 – AOSTA  
**IBAN: IT 12 F 02008 01210 000103793253 - BIC: UNCRITM1CC0;**

### ALLEGA

- ☐ 2 marche da bollo da Euro 16,00 ;
- ☐ la documentazione prevista dall'art. 2
- ☐ la documentazione prevista dall'art. 3
- ☐ la documentazione prevista dall'art. 4
- ☐ la documentazione prevista dall'art. 5

### E DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e *consapevole 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. 445/2000, sotto la propria responsabilità*

- ☐ che presso lo studio di cui trattasi è disponibile la documentazione delle apparecchiature elencate in allegato (ad.es. libretti autoclavi, manuali d'uso, collaudi, attestati di idoneità all'uso clinico);
- ☐ di aver effettuato, in data \_\_\_\_\_, la denuncia di possesso di apparecchiatura/e radiologica/che, comprensiva della planimetria riportante la collocazione della/e stessa/e;
- ☐ che la documentazione relativa alle apparecchiature radiologiche è disponibile presso lo studio di cui sopra.

Il sottoscritto dichiara inoltre che ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018, di essere stato informato che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato che l'informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito [www.ausl.vda.it](http://www.ausl.vda.it), nella sezione Privacy.

Data e Luogo

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
*Compilazione a cura della segreteria ricevente*

### AVVIO DEL PROCEDIMENTO

Istanza acquista agli atti il

Struttura responsabile del procedimento: **S.C. Igiene e Sanità Pubblica**

Dirigente responsabile del procedimento:

Il procedimento dovrà essere concluso entro **45 giorni** dalla data odierna ovvero,

**ENTRO IL**

**Fatti salvi casi di sospensione dei termini, per richieste di chiarimenti/integrazioni.**

Quart,

la segreteria \_\_\_\_\_