



CITTA' DI TERMINI IMERESE

Città Metropolitana di Palermo

REGOLAMENTO COMUNALE DISCIPLINANTE IL RILASCIO DEL PERMESSO AGLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

Testo emendato – approvato con deliberazione del CC n. 61 dell'11/07/2018

PREMESSE RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente Regolamento è redatto in ottemperanza delle norme di seguito elencate:

- Decreto Legislativo 30 Aprile 1992, n. 285 e s.m.i.;
- Decreto Presidente della Repubblica 16 Dicembre 1992, n. 495 e s.m.i.
- Legge 5 febbraio 1992, n. 175: Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie;
- La legge 26 Febbraio 1999, n. 42: Disposizioni in materia di professioni sanitarie;
- La legge 10 Agosto 2000, n. 251: Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica;
- La legge 1 Febbraio 2006, n. 43: Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali;
- Il Decreto Legislativo 18 Agosto 2000, n. 267 e s.m.i.;
- Il Decreto Presidente della Repubblica 28 Dicembre 2000, n. 445;
- Il Decreto Legislativo 31 Marzo 1998, n.114;
- Il D.L.gs 20 Giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali.
- Il D.P.R. n. 642 del 26 Ottobre 1972 e relativi allegati.

CAPO I IL PERMESSO

ARTICOLO 1 OGGETTO

1. Il permesso viene rilasciato ai medici di base, pediatri e medici fiscali e/o legale dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale operanti nel territorio comunale.

ARTICOLO 2 FORMATO E COLORE DEL PERMESSO

1. Il permesso, che è nominativo, prevede il pittogramma sanitario, dove riportare il numero di autorizzazione e la data di scadenza. Per la tutela della privacy, la generalità dei richiedenti vengono specificate nel retro del permesso.

2. Il colore ed il formato del permesso è disposto con atto specifico del Dirigente della Polizia Municipale, anche in funzione delle periodiche revisioni ed adeguamenti normativi, nonché in relazione all'accesso o sosta ad aree soggette a discipline speciali.

ARTICOLO 3 MODALITA' DI RILASCIO

1. L'autorizzazione viene rilasciata dal Settore Polizia Municipale a seguito dell'istanza dell'interessato alla quale viene allegata la documentazione richiesta al successivo articolo 8.

2. La domanda, per il rilascio del permesso sarà effettuata utilizzando l'apposito modello A, allegato alla presente, che potrà essere richiesto presso il Settore di Polizia Municipale o scaricato dal sito internet del Comune di Termini Imerese (www.comune.termini-imerese.pa.it).

ARTICOLO 4 VALIDITA'

1. L'autorizzazione ha validità quinquennale dalla data del rilascio. L'autorizzazione si considera valida al perfezionamento del pagamento della relativa tariffa (diritti e/o canone) ed al suo ritiro presso gli uffici preposti entro il termine di 30 giorni dal rilascio.
2. La validità del permesso è legata al permanere dei requisiti che dovranno essere autocertificati con cadenza annuale e almeno 15 giorni prima della scadenza dell'autorizzazione, pena la revoca della stessa.
3. Il rinnovo, che avviene a seguito dell'istanza dell'interessato, deve essere richiesto almeno 30 giorni prima della scadenza.
4. Tutti i permessi potranno essere altresì rilasciati con data di scadenza predeterminata in tutte le situazioni in cui tale scadenza sia opportuna o definibile a priori.
5. Il Settore Polizia Municipale procederà a revisioni con scansione temporale.
6. In caso di decesso del titolare, gli eredi dovranno restituire il permesso entro 30 giorni dalla data del decesso stesso.
7. Il permesso deve essere riconsegnato, unitamente all'autorizzazione, presso gli uffici della Polizia Municipale al momento della decadenza dei requisiti previsti per il rilascio.
8. Il rilascio di un permesso temporaneo per veicolo sostitutivo può avvenire, previa consegna all'ufficio incaricato, del permesso in dotazione.

CAPO II MODALITA' E LIMITI DI UTILIZZO

ARTICOLO 5 IMPIEGO DEL PERMESSO

1. Fermo restando il richiamo all'art. 4 della legge n. 689/1981, qualora venga elevato verbale di violazione alle norme del Codice della Strada a soggetto esercente la professione sanitaria, che espone il relativo pass, il Comando di Polizia Municipale potrà procedere all'annullamento in autotutela dello stesso solo previa esibizione di certificato con il quale l'esercente dichiara, sotto la propria personale responsabilità, di avere effettuato visita domiciliare nei confronti del paziente Signor/Signora _____ (Modello B).
2. Il Comando di Polizia Municipale è autorizzato alla verifica dell'utilizzo del pass sanitario fermo restando il rispetto della tutela dei dati personali del soggetto assistito.
3. Non si attiverà nessun procedimento di annullamento in autotutela qualora l'esercente la professione sanitaria risulti privo del pass sanitario di cui all'art. 1 del presente regolamento.
4. Il rilascio del pass è subordinato al pagamento della tariffa di cui al successivo articolo.

ARTICOLO 6 TARIFE DA CORRISPONDERE

1. Il rilascio del permesso è subordinato al pagamento della tariffa di € 30,00, a titolo di spese di istruttoria, sul C/C n. 15593908 intestato al Comune di Termini Imerese - Servizio Tesoreria indicando nella causale "Rilascio permesso esercente professione sanitaria Dott. _____".

2. La ricevuta del versamento deve essere presentata al Comando di Polizia Municipale dall'interessato.

ARTICOLO 7 MODALITA' DI UTILIZZO

1. Tutti i pass dovranno essere obbligatoriamente apposti sul parabrezza del veicolo, in posizione ben visibile, preferibilmente nell'angolo inferiore destro.
2. La mancata o irregolare esposizione del permesso rilasciato, l'illeggibilità nella sua completezza o il suo utilizzo non corretto, comporterà l'applicazione delle relative sanzioni amministrative pecuniarie.
3. L'uso improprio del permesso sarà perseguito a norma di legge e ne comporterà il ritiro.
4. I contrassegni debbono essere restituiti all'Amministrazione Comunale alla data di scadenza e, comunque, qualora non sussistano più i requisiti che hanno dato luogo al rilascio.
5. Il titolare è tenuto a richiedere la sostituzione dei contrassegni nei seguenti casi:
 - a) deterioramento che ne causi l'illeggibilità (restituendo permesso deteriorato);
 - b) furto e/o smarrimento.
6. E' vietato l'utilizzo di ogni forma di riproduzione del permesso: l'inosservanza, oltre al ritiro, comporterà l'applicazione delle ordinarie sanzioni amministrative e penali.
7. Nei casi di cui al comma 5 il richiedente dovrà procedere alla pagamento della tariffa di € 30,00.

CAPO III RILASCIO DEL PERMESSO

ARTICOLO 8 REQUISITI PER IL RILASCIO DEL PERMESSO

1. I soggetti di cui all'art. 1, ai fini del rilascio del permesso, dovranno produrre la seguente documentazione:
 - valida certificazione e/o autocertificazione attestante che l'esercente la professione sanitaria svolge la professione di medico di base, pediatra, medico fiscale e/o legale dipendente dell'Azienda Sanitaria Provinciale;
 - copia della tessera d'iscrizione all'Ordine professionale;
 - marca da bollo di € 16,00.

ARTICOLO 9 PROCEDURA ISTRUTTORIA

1. La domanda corredata dalla documentazione di cui al precedente art. 8, dovrà essere indirizzata al Dirigente della Polizia Municipale che provvederà alla verifica istruttoria della documentazione sopra detta in ordine al possesso dei requisiti soggettivi. La richiesta sarà istruita dal Responsabile del Procedimento.
3. Il Dirigente dovrà concludere il procedimento entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza corredata da tutti gli elementi e/o documenti sopraindicati, salvo interruzioni del termine per richiesta di ulteriori chiarimenti o documenti che l'Ufficio provvederà ad inoltrare all'istante per iscritto.

ARTICOLO 10
VERIFICHE E CONTROLLI

1. L'amministrazione si riserva di procedere, in qualsiasi momento, alla verifica delle condizioni che hanno determinato il rilascio delle autorizzazioni. Nel caso in cui venga accertato che non sussistono più gli elementi per il mantenimento dell'autorizzazione, si procederà all'immediata revoca d'ufficio.
2. Il titolare ha l'obbligo di comunicare all'Ufficio comunale incaricato al rilascio, tutte le variazioni che comportino la sospensione e la revoca dei permessi.
3. Unitamente al rilascio del provvedimento autorizzatorio, sarà richiesta la sottoscrizione di un atto di impegno con cui il titolare del provvedimento si obbliga a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione nei requisiti posseduti.

ARTICOLO 11
ADEMPIMENTI A CARICO DEGLI UFFICI PREPOSTI

1. Con l'entrata in vigore del presente Regolamento, gli Uffici preposti al rilascio dovranno provvedere alla creazione di un'apposita banca dati integrata tramite la quale le Autorità di vigilanza potranno consultare in tempo reale l'archivio degli aventi diritto che sarà aggiornato costantemente in caso di revoca, decesso e restituzione del titolare.
2. Una volta approvato il presente regolamento il Settore Polizia Municipale procederà alla verifica dei permessi già rilasciati, alla verifica di compatibilità con le nuove norme ed eventualmente all'inizio del procedimento di revoca del pass.

CAPO III
SISTEMA SANZIONATORIO

ARTICOLO 12
SANZIONI

1. Fermi restando comportamenti che riconducano ad ipotesi di reato e fatte salve le sanzioni pecuniarie relative a fattispecie previste nel nuovo Codice della Strada, ovvero in altre disposizioni di legge, ogni altra violazione del presente Regolamento sarà sanzionata ai sensi dell'art. 7 bis del D.L.vo n. 267/2000, nella misura minima di Euro 25,00 nella misura massima di Euro 100,00 con pagamento in misura ridotta di Euro 50,00.
2. Al presente Regolamento è allegato il "Modello A" e il "Modello B" che costituiscono parte integrante dello stesso.



Città di Termini Imerese

Provincia di Palermo

Corpo di Polizia Municipale

Marca da
bollo da €
16.00

MODELLO A

AL DIRIGENTE DEL PRIMO SETTORE
POLIZIA MUNICIPALE
VIA G. MARCONI 1

**OGGETTO: RICHIESTA RILASCIO DUPLICATO PERMESSO ESERCENTE
PROFESSIONE SANITARIA-**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il ___/___/___ codice fiscale
_____, residente in
_____ prov. _____ cap. _____ via
_____ n. _____ telefono

consapevole che in caso di dichiarazione mendace
sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto previsto dall'art. 76 D.P.R. n.
445/2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di
documentazione amministrativa", e che, qualora da controlli effettuati emerga la non
veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al
provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75
D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

(contrassegnare le caselle e compilare)

- di essere:
_____ esercente la professione sanitaria nella qualità di _____;
di essere iscritto all'Ordine Professionale di _____ con il
n. _____ dal _____;

che l'Ordine professionale ha attestato che lo scrivente, nell'esercizio della professione
sanitaria, effettua in modo ricorrente visite domiciliari urgenti e/o svolge assistenza domiciliare
integrata nel territorio del Comune di Termini Imerese;

operante nel Comune di Termini Imerese;

residente nel Comune di Termini Imerese;

a conoscenza del fatto che il pass consente, ai sensi dell'art. 6 del regolamento comunale
disciplinante il rilascio del permesso speciale agli esercenti la professione sanitaria, che
qualora venga elevato verbale di violazione alle norme del Codice della Strada all'esercente la
professione sanitaria che espone il relativo pass, il Comando di Polizia Municipale potrà
procedere all'annullamento in autotutela dello stesso solo previa esibizione di certificato con il
quale l'esercente attesti, sotto la propria personale responsabilità, di avere effettuato visita



Città di Termini Imerese

Provincia di Palermo

Corpo di Polizia Municipale

MODELLO A

domiciliare _____ urgente _____ nei _____ confronti _____ del _____ paziente
Signor/Signora _____;

a conoscenza del fatto che il permesso viene rilasciato a medici residenti e/o operanti nel Comune di Termini Imerese, iscritti ai rispettivi Ordini Professionali o all'esercente la professione sanitaria che effettua in modo ricorrente visite domiciliari urgenti e/o svolge assistenza domiciliare integrata nel territorio del Comune di Termini Imerese;

a conoscenza del fatto che il pass è strettamente personale e riporta la targa del veicolo;

a conoscenza del fatto che il pass ha validità 5 anni dalla data del rilascio e con cadenza annuale dovrà essere certificato il permanere dei requisiti;

a conoscenza del fatto che il pass deve essere esposto in modo ben visibile nella parte anteriore o sul parabrezza, all'interno dell'abitacolo degli autoveicoli, mentre per motocicli e ciclomotori è sufficiente che i conducenti abbiano con sé il pass;

di impegnarsi a restituire a codesto Ufficio il permesso al momento della decadenza dei requisiti previsti per il suo rilascio;

CHIEDE

rilascio del pass sanitario per il seguente veicolo:

1. Marca _____ modello _____
targa _____ di proprietà di _____;

2. Motociclo/ciclomotore marca _____ modello _____
targa _____ di proprietà di _____;

duplicato del pass sanitario n. _____ per il seguente veicolo:

1. Marca _____ modello _____
targa _____ di proprietà di _____;

2. Motociclo/ciclomotore marca _____ modello _____
targa _____ di proprietà di _____;

Luogo e data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

DOCUMENTI ALLEGATI:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- copia della tessera di iscrizione all'Ordine Professionale;
- fotocopia carta di circolazione dei veicoli.
- attestazione ordine professionale.



Città di Termini Imerese

Provincia di Palermo

Corpo di Polizia Municipale

Modello B

AL DIRIGENTE DEL
SETTORE POLIZIA MUNICIPALE

**ISTANZA DI AUTOTUTELA PER L'ANNULLAMENTO
PREAVVISO DI ACCERTAMENTO VIOLAZIONE AL C.D.S.**

(Art. 21 nonies legge n. 241/1990-
Art. 6 Regolamento comunale rilascio permesso esercenti professione sanitaria
Art. 4 legge 689/1981

Il sottoscritto
nato a (.....) il
..... residente a
..... (.....)
Via n.....,

in proprio

rappresentato e difeso dall'Avv
..... del Foro di
..... con studio in
..... Via

..... civ, come da delega in
calce al presente atto, ed elettivamente domiciliato presso lo studio di
quest'ultimo;

PREMESSO

• che in data la Polizia Municipale accertava, tramite
preavviso n° prot. n....., la violazione
dell'Art del Codice della strada, a carico del Sig.
.....
perché“
.....
.....
.....”;

• che detto preavviso di accertamento risulta palesemente errato, in quanto,
nelle circostanze di tempo e di luogo indicate effettuava visita domiciliare urgente
come da dichiarazione allegata;



Città di Termini Imerese

Provincia di Palermo

Corpo di Polizia Municipale

Modello B

CONSIDERATO

- che l'intero procedimento, per le ragioni sopra esposte, risulta palesemente invalido;
- che il preavviso di accertamento è atto avente natura atipica, in quanto non dovuto, informale e non regolamentato da alcuna norma di legge;
- che l'atto errato può quindi essere emendato d'ufficio direttamente dall'amministrazione in indirizzo la quale, in sede di autotutela amministrativa, deve operare in base ai principi di legalità e buona amministrazione;

CHIEDE

che lo spettabile ufficio in indirizzo voglia, eseguiti gli opportuni accertamenti, ai sensi dell'art. 21 nonies della legge n. 241/1990, dell'art. 6 del regolamento comunale per il rilascio dei permessi agli esercenti la professione sanitaria e dell'art. 4 della legge 689/1981, al fine di prevenire l'inevitabile impugnativa in sede giurisdizionale del notificando verbale di accertamento, procedere ad annullare il preavviso n. del, per i vizi sopra descritti.

.....
Luogo e data

.....
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)



Città di Termini Imerese

Provincia di Palermo

Corpo di Polizia Municipale

Modello B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(artt. 19 e 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a
cognome nome.....
nato/a a (prov.) il.....
e residente in (prov.)
via.....n°
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art.76 D.P.R. n.445/2000), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 D.P.R. n.445/2000), sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

Che il giorno alle ore
nell'espletamento delle proprie mansioni di esercente la professione sanitaria diha effettuato visita domiciliare urgente nei confronti del Signor..... nato il..... ed residente a Termini Imerese in via.....

Luogo e data

.....
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

NOTA: La dichiarazione non è soggetta ad autentica di firma e deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione ovvero sottoscritta ed inviata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante, via fax o a mezzo posta, oppure presentata tramite un incaricato all'ufficio competente(art. 38 del D.P.R. n.445/2000).