

Marca da bollo

MODULISTICA

FAC-SIMILE MOD. AUT 2-CD

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II E III LIVELLO, AI SENSI DELLA DGR 06/2023.

Il/la sottoscritto/a

Cognome.....

Nome

Nato/a a(.....) il/...../.....

Residente a(.....) Via/piazza n.

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tell/Cell..... e-mail.....

nella sua qualità di: *(indicare la corretta ragione sociale del soggetto giuridico)*

Legale rappresentante di una STRUTTURA PRIVATA

Legale rappresentante di una STRUTTURA PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza n.

Comune di(.....) CAP.....

Forma Giuridica

Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(in caso di assenza della partita IVA, indicare il Codice Fiscale dell'organizzazione)

PEC

E-MailRecapito telefonico

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi della DGR 06/2023 per l'erogazione di cure domiciliari

di livello base, di I livello, di II livello, di III livello.

Con una capacità di presa in carico pari a n. _____ assistiti, per la durata dell'atto di fabbisogno.

Tipologia dell'organizzazione:
denominata

con sede *organizzativa* nel Comune di

Via/Piazza n. int

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio Mappale Sub

con sede *operativa* (da compilare nel caso in cui sia distinta dalla sede organizzativa) nel Comune di

..... Via/Piazza

n. int Distinta al catasto Fabbricati al Foglio Mappale ... Sub

COMUNICA

di essere in possesso, di autorizzazione alla realizzazione di cui al Decreto n°
del/...../..... rilasciato dalla Regione;

che l'organizzazione, antecedentemente alla data di pubblicazione del manuale di
autorizzazione relativo alla presente richiesta, ha erogato servizi di cure domiciliari

di livello base, di I livello, di II livello, di III livello di essere in

possesso del codice ORPS.....

di NON essere in possesso del codice ORPS;

che la sede operativa coincide con la sede organizzativa;

che la sede operativa NON coincide con la sede organizzativa.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese sia dal legale rappresentante che dal Direttore/Responsabile per quanto di competenza:

DICHIARA

- che la sede organizzativa, è ubicata a

..... in via

..... n. distinta al Catasto Fabbricati al Foglio

..... particella sub ed è in possesso dei requisiti minimi

strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU;

- che la sede operativa dell'organizzazione, è ubicata a

in via n. distinta al Catasto Fabbricati al Foglio particella sub ed è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari 1.1 AU e 1.2 AU;

- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all' art. 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa.
- che il soggetto privato richiedente l'autorizzazione in oggetto:
 - è iscritto al Registro delle Persone Giuridiche c/o la Cancelleria del Tribunale di _____ al n. _____ in data _____;
(solo per Persone Giuridiche tenute all'iscrizione)
 - è iscritto al Registro delle Imprese c/o la Camera di Commercio di _____ al n. _____ in data _____;
(solo per le cooperative, le Società di Persone e le Società di Capitali)
 - è iscritto all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali al n. _____ in data _____;
(solo per le Cooperative Sociali)
 - è iscritto al Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato al n. _____ in data _____;
(solo per le Associazioni di Volontariato)
 - è iscritto all'Anagrafe Onlus n. _____ in data _____;
(solo per le altre Onlus)
 - è iscritto al _____ al n. _____ in data _____;
(altri pubblici registri o albi)
- Che la direzione sanitaria / la responsabilità sanitaria dell'organizzazione (requisito 3.1.1AU) è affidata al

Dott.

Nato a il.....

Laureato in

Presso l'Università di il

Specialista in

Iscritto presso l'Ordine dei N.

Provincia di

il quale DICHIARA che:

- a. i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti;
- b. non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione;
- c. l'assenza di situazioni di incompatibilità del Direttore sanitario/Responsabile di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

Data ____/____/____ Firma del Legale Rappresentante _____
Firma per esteso

Data ____/____/____ Firma del Direttore Sanitario/
Responsabile Sanitario _____
Firma per esteso

Allegati obbligatori:

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Autorizzazione all' esercizio;
3. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
4. Planimetria della sede organizzativa e della sede operativa (qualora non coincidenti) in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano, il layout degli arredi e dei sanitari, nonché di una carrozzella (qualora sia prevista la presenza di servizi igienici attrezzati per la disabilità), datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
5. Relazione tecnica illustrativa, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato, con riferimento puntuale a tutti i requisiti strutturali e tecnologici contenuti negli allegati 1A e 1A.1 alla DGR. 06/2023, facendo anche opportuno riferimento alla/e planimetria/e allegata/e per l'individuazione degli spazi e dei locali a cui i predetti requisiti si riferiscono;
6. Autorizzazione alla realizzazione e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata dalla Regione;
7. Copia versamento bollo digitale
8. Per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 38 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445) attestante Il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.
9. Autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.