

**MOD. AUT 2 RES**

spazio per marca da bollo  
*oppure*  
 numero identificativo della marca  
 da bollo telematica  
*oppure*  
 esenzione

AL SUAP DEL COMUNE DI  
 .....

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI UNA STRUTTURA SANITARIA  
 EXTRAOSPEDALIERA O SOCIO-SANITARIA IN REGIME RESIDENZIALE O  
 SEMIRESIDENZIALE, AI SENSI DELL'ART 9 DELLA L.R. 21/2016**

Il/la sottoscritto/a  
 Cognome .....

Nome.....

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

Residente a .....(.....)

Via/Piazza ..... n .....

Codice Fiscale: 

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

Tel/Cell ..... e-mail .....

nella sua qualità di: *(indicare la ragione sociale)*

Legale rappresentante della **STRUTTURA PRIVATA**

Legale rappresentante della **STRUTTURA PUBBLICA**

Ragione Sociale .....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

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

Forma Giuridica .....

Partita IVA 

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

PEC .....

E-Mail .....

Recapito telefonico .....

**CHIEDE**

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'art. 9 della L.R. 21/2016  
della struttura  sanitaria extraospedaliera  sociosanitaria  
PRESTAZIONE (denominazione del codice paragrafo del manuale autorizzativo)  
.....  
Codice paragrafo          
Nome della struttura (es.: "Comunità Felice")  
.....  
Con sede nel Comune di .....  
Via/Piazza ..... n. .... Int .....  
distinta al Catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... sub .....  
Numero Posti/Posti letto .....

**COMUNICA**

di essere in possesso, per la struttura in oggetto,

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>autorizzazione alla realizzazione:</b> |   | <input type="checkbox"/> <b>autorizzazione all'esercizio:</b> |   |   |
| <input type="checkbox"/> ai sensi della<br>L.R. 21/2016            | <input type="checkbox"/> ai sensi della<br>L.R. 20/2000 | <input type="checkbox"/> ai sensi della<br>L.R. 21/2016       | <input type="checkbox"/> ai sensi della<br>L.R. 20/2000 | <input type="checkbox"/> ai sensi della<br>L.R. 20/2002 |

classificata con codice ORPS

- per la quale allega copia dell'autorizzazione n .....rilasciata il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal Comune/SUAP di .....
- (Solo per i soggetti pubblici) provvisoriamente autorizzata ai sensi della L.R. 21/2016, art. 22,  
comma 2. (Allegare eventuale autocertificazione di cui alla DGR. 310/2002)

La struttura è operativa:  SI, per Numero di Posti/Posti letto .....  NO

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

(barrare i casi che interessano)

- di essere Proprietario dell'unità immobiliare (*allegare documentazione idonea*);
- di NON essere Proprietario dell'unità immobiliare e di essere in possesso di contratto/atto per la gestione dell'unità immobiliare;
- che la struttura ubicata a ..... in via .....  
n. .... distinta al Catasto Fabbricati al Foglio .....  
particella ..... sub .....
- è stata realizzata in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla  
realizzazione rilasciata in data ..... prot..... e rispetta i requisiti  
minimi del manuale regionale di autorizzazione  
..... del .....
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di  
sospensione di cui all'articolo 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii.(codice in materia di  
protezione di dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti  
informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente  
dichiarazione viene resa.
- che la direzione sanitaria/responsabilità di struttura è affidata a  
Dott. ....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Laureato in .....  
presso l'Università di..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
specialista in  
.....  
iscritto presso Ordine dei ..... N.....  
Provincia di .....
- che ha accettato l'incarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che:
- i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti;
  - non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione;
  - l'assenza di situazioni di incompatibilità del Direttore Sanitario di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n.21/2016.
- che la struttura oggetto dell'istanza (barrare l'opzione che interessa):  
è soggetta                      non è soggetta  
alla Valutazione Antisismica ai sensi della normativa vigente

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso del legale rappresentante della struttura)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso del Direttore Sanitario/Responsabile di struttura)

Allegati obbligatori:

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Per le strutture private: Schede del Manuale Regionale relative ai requisiti GENERALI e SPECIFICI, compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;  
Per le strutture pubbliche: Schede del Manuale Regionale relative ai requisiti GENERALI e SPECIFICI, compilate, datate e sottoscritte dal Responsabile di Struttura o, per le strutture del SSR, dal Direttore di Distretto in ogni pagina;
3. Planimetria della struttura in scala 1:100, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, quotata, riportante la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, le altezze, la superficie netta, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari, il layout di una carrozzella comprovante l'abbattimento delle barriere architettoniche, le dimensioni di porte e finestre;
4. Autorizzazione alla realizzazione e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente rilasciata dal SUAP/Comune;
5. Esito della valutazione antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente;
6. 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;
7. Cronoprogramma degli adeguamenti, ove previsti.