

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

classificata con codice ORPS

- per la quale allega copia dell'autorizzazione nrilasciata 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 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.