

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE (NUOVA COSTRUZIONE, AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO) DI UNA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE O SOCIO-SANITARIE (ART. 7 L.R. 20/2000)

Al Sindaco del Comune di

Mod. AUT.1

A

Il/la sottoscritto/a _____	
Nato/a a _____	Prov. di _____ il _____
Residente a _____	Via _____ n. _____
Codice Fiscale n: _____	Telefono n _____
E-mail _____	P.E.C. _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____	con Sede in _____
Via _____	n _____
E-mail _____	P.E.C. _____

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture sanitarie o socio-sanitarie non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione previsti dalla legge regionale n. 20 del 16 marzo 2000 o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge;

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione:

C

di una struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1): _____
per l'erogazione di prestazioni (2): _____
in regime (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

D

di uno studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria
--

nella unità immobiliare da realizzare (o sita) in codesto Comune, via _____

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto in conformità all'art. 7 della L.R. n. 20/2000 e con riferimento ai requisiti minimi approvati con la deliberazione della G.R. n. 2200/2000 e per la quale (ove dovuto) chiede il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia (di nuova edificazione o ristrutturazione o modificazione d'uso).

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AUT.1

La domanda di autorizzazione alla realizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento di una struttura sanitaria o socio sanitaria, di uno studio odontoiatrico, o medico, o di altra professione sanitaria ove si intendano praticare prestazioni che comportano rischio per la sicurezza del paziente, va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta:

- ≡ in due copie (una per il Comune ed una per la Regione) se si tratta di realizzare presidi pubblici di ogni tipo o presidi privati di alta specializzazione o presidi sanitari o socio-sanitari di ricovero, o residenziali, o semiresidenziali e per gli stabilimenti termali;
- ≡ in tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL del territorio) per le strutture ambulatoriali private, e per gli studi ove si praticano prestazioni odontoiatriche, mediche o di altre professioni sanitarie ove si erogano prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica;

Il riquadro C deve essere compilato nel caso della realizzazione di una struttura indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura;

al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare così individuate:

nel regime ambulatoriale:

- | | |
|---|--|
| 1) specialistiche mediche | 8) di dialisi |
| 2) specialistiche chirurgiche | 9) di terapia iperbarica |
| 3) odontoiatriche | 10) di salute mentale |
| 4) diagnostiche di laboratorio (specificare se punto di prelievi) | 11) di consultorio familiare |
| 5) diagnostiche per immagini | 12) di trattamento delle tossicodipendenze |
| 6) di recupero e rieducazione funzionale | 13) di alta specializzazione (specificare il tipo) |
| 7) di riabilitazione | |

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale (in particolare: Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici);
- 3) psichiatriche
- 4) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 5) residenze sanitarie medicalizzate;
- 6) residenze sanitarie terapeutiche;
- 7) residenze sanitarie riabilitative;
- 8) residenze sanitarie assistenziali;
- 9) nuclei di assistenza residenziale (N.A.R.) all'interno di strutture protette;
- 10) di cure palliative (hospice)

nel regime termale

- 1) idropiniche
- 2) inalatorie
- 3) balneoterapiche
- 4) fangoterapiche
- 5) altre

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale, termale.

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali.

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca alla realizzazione di uno studio odontoiatrico, medico o di altre professioni sanitarie ove si erogano prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.

Questa domanda non deve essere presentata nel caso in cui si chieda l'autorizzazione per modifiche non strutturali per le quali è sufficiente la comunicazione di cui al modello AUT.4