

## MODULISTICA

Marca da bollo

FAC-SIMILE **MOD. AUT 1C-CD**

### DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER ORGANIZZAZIONI CHE EROGANO 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 ORGANIZZAZIONE PRIVATA

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE 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-Mail .....

Recapito telefonico .....

## CHIEDE

Il rilascio dell'**autorizzazione al TRASFERIMENTO** ai sensi della DGR 06/2023 della/e struttura/e

adibita/e a  sede organizzativa  sede operativa

Presso la nuova sede sita nel Comune di .....

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

Distinta al Catasto Fabbricati al Foglio ..... mappale ..... sub .....

Avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti nel manuale regionale di autorizzazione di cui alla DGR 06/2023

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 .....

DESCRIVERE L'OGGETTO DEL TRASFERIMENTO

.....

.....

## COMUNICA

- di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della DGR 06/2023 per la quale allega copia dell'autorizzazione n..... rilasciata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ dalla Regione;
- codice ORPS : .....
- che l'organizzazione è attualmente operativa ed eroga prestazioni di cure domiciliari;
- 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 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;
- 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)*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Firma per esteso

**Allegati obbligatori:**

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Autorizzazione all'esercizio;
3. Copia versamento bollo digitale;
4. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
5. 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, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
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. Autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.