

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.