

Marca da bollo

AL SUAP DEL COMUNE DI
.....

FAC-SIMILE MOD. AUT 2 – 9

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI UNA STRUTTURA SANITARIA EXTRAOSPEDALIERA INTENSIVA ED ESTENSIVA, STRUTTURE SOCIO-SANITARIE DI LUNGOASSISTENZA E MANTENIMENTO E PROTEZIONE, CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE, AI SENSI DELL'ART 8 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 corretta ragione sociale del soggetto giuridico)*

- Legale rappresentante di una **STRUTTURA PRIVATA**
- Legale rappresentante di una **STRUTTURA PUBBLICA**

del soggetto giuridico di seguito individuato:

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

Denominazione per esteso della codifica paragrafo:
(969_020_ED_001)
(cfr. Manuale di Autorizzazione)

Codifica paragrafo

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

 (969_020_ED_002)

Nome della struttura (969_020_ED_004)

con sede nel Comune di

Via/Piazza n. Int

distinta al Catasto Fabbricati al Foglio Mappale sub

Numero Posti/Posti letto:

CHIEDE INOLTRE, al fine di garantire la continuità assistenziale della persona (*case mix*), di valutare anche il possesso dei requisiti

CODIFICA PARAGRAFO

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

fino ad un massimo del ___% rispetto al modulo in oggetto (come indicato nella scheda introduttiva di ciascun modulo - "capacità ricettiva e tipo di organizzazione").

COMUNICA

di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di
autorizzazione alla realizzazione

di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di
autorizzazione all'esercizio

ai sensi della
L.R. 21/2016

ai sensi della
L.R. 20/2000

ai sensi della
L.R. 21/2016

ai sensi della
L.R. 20/2000

ai sensi della
L.R. 20/2002

classificata con codice ORPS

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

per la quale allega copia dell'autorizzazione nrilasciata il ____/____/____

dal Comune di

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

- 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
- 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.

Data ____ / ____ / ____ Firma del Legale Rappresentante _____
firma per esteso

Data ____ / ____ / ____ Firma del Direttore Sanitario/
Responsabile di Struttura _____
firma per esteso

Allegati obbligatori:

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Attestazione versamento diritti di segreteria
3. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;
4. Se richiesto, al fine di garantire la continuità assistenziale (*case mix*), schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;
5. Planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato
6. Autorizzazione alla realizzazione rilasciata dal SUAP/Comune e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente
7. 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