

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Marca da bollo

AL SUAP DEL COMUNE DI  
.....

FAC-SIMILE MOD. AUT 2 RES

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 .....

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**CHIEDE**

Il rilascio dell'**autorizzazione all'esercizio** ai sensi dell'art. 9 della L.R. 21/2016

Tipologia della struttura: .....

**indicare codifica e intervento cfr. Regolamento Regionale n.1/2018\***  
(scegliere tra le tipologie indicate a fondo pagina del presente documento)

Codifica 

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

 Intervento .....

denominata .....

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, 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 n.....rilasciata 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:

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE****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 .....  
*(ai sensi del comma 536 parte seconda della L. 145/2018 le strutture sanitarie private di cura sono  
tenute a dotarsi di un direttore sanitario iscritto all'albo dell'ordine territoriale competente per il luogo nel  
quale hanno la loro sede operativa)*
- 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*

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### Allegati obbligatori:

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Schede dei requisiti generali e dei requisiti specifici dei Manuali regionali (DGR 937 e 938/2020) compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;
3. 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
4. Autorizzazione alla realizzazione rilasciata dal SUAP/Comune e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente
5. 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.