



Marca da bollo

AL SUAP DEL COMUNE DI

#

**MOD. AUT 2 A – MLAB**

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURE DI MEDICINA DI  
LABORATORIO AI SENSI DELL'ART. 9 DELLA L.R. 21/2016**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_



**CHIEDE**

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

per la struttura che eroga prestazioni di medicina di laboratorio denominata:

con sede in via/piazza .....N.....

di codesto Comune

Tipologia attuale della struttura

☐ laboratorio generale di base ai sensi della vigente normativa / ex laboratorio analisi (LAN) ai sensi DGR 2200/00

☐ laboratorio specializzato, specificare:

☐ biochimica clinica e tossicologia

☐ ematologia e coagulazione

☐ microbiologia, virologia e sieroinmunologia

☐ biologia molecolare

☐ genetica molecolare e citogenetica

☐ laboratorio di genetica molecolare e citogenetica (LGM)

☐ laboratorio generale di base con settori specializzati, specificare:

☐ biochimica clinica e tossicologia

☐ ematologia e coagulazione

☐ microbiologia, virologia e sieroinmunologia

☐ biologia molecolare

☐ genetica molecolare e citogenetica

☐ punto prelievi



**COMUNICA**

- ☐ di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla **realizzazione**, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dal Comune/SUAP di \_\_\_\_\_
- ☐ di essere già in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'**esercizio**, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dal Comune/SUAP di \_\_\_\_\_
- ☐ che la struttura ubicata ad \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ distinta al Catasto Fabbricati al Foglio \_\_\_\_\_ particella \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_ è autorizzata temporaneamente ai sensi della L.R. 21/2016, art. 22.(\*)

(\*)da compilare per le strutture pubbliche

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 Sanitario per quanto di competenza:

**DICHIARA**

- ☐ 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 di cui al vigente manuale regionale;
- ☐ che per l'immobile di cui sopra è già stato rilasciato il certificato di agibilità/presentata la segnalazione certificata di agibilità prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- ☐ 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 è affidata a

Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Laureato in \_\_\_\_\_



presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

specialista in \_\_\_\_\_

iscritto presso Ordine dei \_\_\_\_\_ al 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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

Allegati obbligatori:

- 1) copia del documento di identità di tutti i dichiaranti;
- 2) attestazione versamento diritti di segreteria;
- 3) Schede del vigente Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal Legale Rappresentante e dal Direttore Sanitario in ogni pagina;
- 4) 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;
- 5) autorizzazione alla realizzazione rilasciata dal SUAP/Comune e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente;
- 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) Cronoprogramma degli adeguamenti, ove previsti;
- 8) Certificato di Agibilità/Segnalazione Certificata di Agibilità;
- 9) Dichiarazione di conformità alla normativa in materia di superamento delle barriere architettoniche dell'intera struttura ai sensi del Decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236 da parte di un tecnico abilitato;
- 10) Certificato di prevenzione incendi o SCIA antincendio ove previsti. In caso di attività non soggetta alla normativa antincendio: dichiarazione di non asseverabilità dell'attività svolta alla normativa antincendio.