

COMUNICAZIONE DELLA VARIAZIONE DI REQUISITI NON STRUTTURALI DI UNA STRUTTURA SANITARIA O SOCIO SANITARIA GIA' AUTORIZZATA AI SENSI DELL'ART.9 DELLA L.R. 21/2016.

Al SUAP/Sindaco del Comune di

Mod. AUT.4

A

Il/la sottoscritto/a _____	
Nato/a a: _____	Prov. di il _____
Residente a _____	Via _____ n. _____
Codice Fiscale: _____	Telefono n. _____
E-mail _____	P.E.C. _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____	
Via _____	n. _____ E-mail _____
P.E.C. _____	

C

della struttura sanitaria /socio-sanitaria denominata (1): _____
tipologia prestazioni (2): _____ codifica Reg.1/18 _____
regime (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti/posti letto (solo per gli ospedali e le strutture residenziali e semiresidenziali)

D

dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

sita/o in codesto Comune, via _____ n. _____

Comunica le seguenti variazioni, non strutturali, da apportare al provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria/socio-sanitaria rilasciato in data _____ con il n _____:

(barrare la voce che interessa)

- VARIAZIONE DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE;
- VARIAZIONE DELLA RAGIONE SOCIALE;
- VARIAZIONE DELLA DENOMINAZIONE;
- VARIAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA.

Compilare la variazione che interessa:

Il nuovo Titolare/Legale Rappresentante della struttura sanitaria è _____
_____ nato a _____ Prov. (____) il
_____ residente a _____ Via
_____ n. _____ Codice Fiscale _____ Telefono n.
_____ email _____ P.E.C. _____

La nuova Ragione Sociale è la seguente: _____
dalla data del _____;

La nuova Denominazione della struttura è la seguente: _____
dalla data del _____;

La Direzione Sanitaria/Responsabilità, viene affidata al dott. _____
nato il _____ Laureato in _____
presso l'Università degli studi di _____ il _____
specialista in _____
iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____ il
quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale in caso
di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli
posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre
attività incompatibili.

Data: _____

Firma del Direttore sanitario _____
(per esteso)

Firma del Legale rappresentante _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AUT.4

La comunicazione va presentata in caso di variazione dei seguenti dati indicati nell'atto di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria:

1. Titolare/Legale Rappresentante
2. Ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una persona giuridica
3. Denominazione
4. Direttore sanitario

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica;

Il riquadro C deve essere compilato nel caso dell'esercizio di una struttura indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura;

al punto (2) la tipologia delle prestazioni e la codifica delle stesse, individuabile dai manuali di autorizzazione.

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale, termale.

al punto (4) la dotazione dei posti/ POSTI letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali.

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca alla realizzazione di uno studio odontoiatrico, medico o di altra professione sanitaria ove si erogano prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario quando la modifica riguardi la sua persona e, sempre, dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.