

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A

**Parte C: Requisiti generali e Requisiti specifici delle strutture a compartecipazione LEA per
Disabilità, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Minorenni**

Introduzione e Modulistica

**MANUALE DI AUTORIZZAZIONE DEI SERVIZI
RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DELLE AREE:
SANITARIA EXTRAOSPEDALIERA E
SOCIOSANITARIA**

Introduzione generale

1. Contesto

La necessità di dedicare un'area specifica all'autorizzazione dei Servizi residenziali e semiresidenziali delle Aree Sanitaria extraospedaliera e Sociosanitaria deriva dalle motivazioni che hanno portato all'approvazione della L.R. n. 21/2016. Infatti nella presentazione della proposta di legge ai Consiglieri regionali si legge: "La presente proposta di legge trova la sua motivazione fondamentale nella necessità di ricondurre a un procedimento unico le procedure amministrative relative agli istituti dell'autorizzazione, dell'accreditamento e degli accordi contrattuali riguardanti le strutture e i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Infatti attualmente due distinte leggi regionali (la l.r. 20/2000 e la l.r. 20/2002) disciplinano detti istituti in maniera differenziata per le strutture rispettivamente sanitarie e sociali, nonché per le strutture socio-sanitarie, area intermedia che non sempre trova una collocazione ben definita. Nell'ambito del lavoro di riordino dell'intero settore dell'integrazione socio-sanitario è emersa quindi la necessità di uniformare le procedure, anche al fine di meglio garantire il governo della domanda socio-sanitaria delle strutture e dei servizi."

L'impostazione dell'Allegato C "Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione e strutture sociali di tutela e accoglienza che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, a favore delle categorie di destinatari previste dalla normativa statale e regionale vigente (articolo 7, comma 1, lettera c), della L.R. 21/2016" del Regolamento Regionale n. 1/2018, non solo è coerente con le indicazioni della L.R., ma si allinea anche con le disposizioni del Capo IV del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Proprio il riferimento al D.P.C.M. sui "nuovi LEA" che, tra l'altro, disciplina anche i livelli di compartecipazione per le diverse tipologie di strutture "sanitarie extraospedaliere" e "sociosanitarie", escludendo quelle "sociali" perché non destinatarie di una quota sanitaria di compartecipazione alla spesa, ha determinato la scelta di dedicare un atto distinto dal presente (predisposto dal Servizio Politiche sociali e sport) per la definizione dei Requisiti generali e dei Requisiti specifici delle strutture "sociali di tutela e accoglienza" di cui al Regolamento Regionale 1/2018. Un ulteriore elemento di "coerenza" che ha portato a tenere distinti il presente manuale sui requisiti di autorizzazione dei Servizi residenziali e semiresidenziali delle Aree Sanitaria extraospedaliera, Sociosanitaria da quello per le strutture dell'Area Sociale, va ricercato nella scelta della Regione Marche di regolare i servizi e gli interventi riconducibili alla L. 328/00 con la L.R. 32/14 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia".

Il presente manuale di autorizzazione dà stabilità e coerenza anche alla logica della "continuità dell'assistenza" che, in applicazione del PSSR 2012/2014, ha portato all'approvazione della DGR n. 1696/12 e, soprattutto, dei due "Atti di Fabbisogno" relativi alle tipologie di Servizi che ricadono nella competenza di questo manuale di autorizzazione: DGR 289/15 e DGR 1105/17 "Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2014 - DGR 289/15 - Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale", la cui applicazione è stata subordinata proprio all'approvazione di ogni stralcio dei Manuali di Autorizzazione ex L.R. 21/2016, in coerenza con la scelta effettuata, in relazione alla complessità ed all'eterogeneità dei diversi settori e dei numerosi e diversi stakeholder da coinvolgere nel procedimento di studio ed elaborazione dei nuovi requisiti per l'elaborazione della proposta.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

“L’unitarietà della integrazione di interventi e servizi dell’area socio-sanitaria va garantita definendo processi, percorsi e procedure per le principali funzioni comuni ai diversi settori di intervento, che trovano le necessarie specificità e contestualizzazioni solo all’interno di un quadro coerente ed organico” (D.A.C.R. n. 38/2011).

Tra i “processi da definire” si indica anche la “rimodulazione dell’offerta dei servizi sociali e sanitari, attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria di:

- interventi di sostegno e accompagnamento
- interventi e servizi territoriali
- interventi e servizi domiciliari
- interventi e servizi semiresidenziali
- interventi e servizi residenziali”.

Nella DGR 1696/12 “Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l’attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini” i risultati attesi rispetto all’ “Obiettivo 3: Razionalizzazione dell’offerta residenziale e semiresidenziale” della “Rete Socio-Sanitaria”, erano i seguenti:

- “- adozione di un modello concettuale unitario per l’analisi e l’evoluzione del sistema di accoglienza residenziale e semiresidenziale in coerenza con le dimensioni: dell’autorizzazione/accreditamento, del fabbisogno, della tariffazione/compartecipazione, dei flussi informativi;
- riqualificare, in una logica di riequilibrio territoriale e di aggregazione per intensità di intervento delle tipologie previste dall’ordinamento regionale vigente, nel rispetto dell’equilibrio economico complessivo, l’offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali definendo il fabbisogno di posti nelle strutture:
 - delle aree sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale;
 - dei settori Anziani, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Disabilità, Infanzia e Adolescenza, Altre fragilità.”

I Manuali di Autorizzazione di cui all’Art. 2 della L.R. 21/2016, sono i provvedimenti che regolamentano:

- la realizzazione, l’ampliamento, la trasformazione o il trasferimento di strutture sanitarie, socio-sanitarie (...) da parte di soggetti pubblici e privati;
 - la realizzazione: la costruzione di nuove strutture, l’adattamento di strutture già esistenti o la loro diversa utilizzazione, l’acquisto o l’affitto di immobile da adibire agli usi disciplinati da questa legge;
 - l’ampliamento: l’ampliamento strutturale, l’incremento dei posti letto, dei punti di cura e delle funzioni;
 - la trasformazione: la modifica delle funzioni esercitate da parte delle strutture già autorizzate o il cambio di destinazione d’uso degli edifici destinati a nuove funzioni, qualora ciò comporti la variazione dei requisiti di autorizzazione;
 - trasferimento: lo spostamento in altra sede di strutture o attività già autorizzate;
- l’esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie (...) da parte di soggetti pubblici e privati.

Le autorizzazioni, rilasciate dai Comuni, indicano in particolare:

1. i dati anagrafici del richiedente se persona fisica, ovvero la sede e la ragione sociale se società, ovvero la sede e la denominazione se soggetto pubblico;
2. la tipologia delle strutture e dei servizi, nonché delle relative prestazioni;
3. le eventuali prescrizioni volte a garantire l’effettivo rispetto dei requisiti minimi di cui all’Art. 3, comma 1, lettera b) della legge 21/2016;
4. il nome ed i titoli di studio e professionali del direttore o responsabile, limitatamente all’autorizzazione all’esercizio.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Le autorizzazioni possono essere rilasciate anche con prescrizioni, se le difformità riscontrate non riguardano requisiti che incidono sulla sicurezza di utenti e operatori. In tale caso il provvedimento stabilisce il termine entro il quale si provvede alla verifica. L'autorizzazione rilasciata è trasmessa dal Comune alla struttura organizzativa regionale competente.

Per le strutture autorizzate e operative sul territorio regionale, nel caso i requisiti richiesti non siano già tutti presenti e solo relativamente a requisiti strutturali e tecnologici, il soggetto titolare, pubblico o privato, al momento della presentazione della domanda di autorizzazione all'esercizio, dovrà predisporre un progetto di adeguamento con cronoprogramma, che gli uffici regionali competenti per l'autorizzazione e l'accreditamento, e i competenti uffici in materia di edilizia sanitaria e delle tecnologie biomediche, valuteranno nei termini di efficacia e tempistica di relativo adeguamento, fatta salva la documentata impossibilità di effettuare adeguamenti strutturali rilasciata dagli enti di competenza. Se al momento della verifica del rispetto dei tempi di adeguamento i requisiti non saranno presenti l'autorizzazione decadrà automaticamente.

Tale modalità dinamica porterà il sistema sanitario e socio-sanitario (...) regionale a maggiori garanzie di qualità e tutela per i cittadini.

Tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie (...) che concorrono a garantire obiettivi assistenziali debbono operare secondo i principi di efficacia, qualità e sicurezza delle cure, di efficienza nel rispetto della centralità del cittadino e della relativa umanizzazione per garantire la dignità della persona.

Il presente documento definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza omogenei su tutto il territorio regionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico-assistenziale della struttura ed alla sua interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale. Ne consegue l'individuazione di specifici standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza e il miglioramento degli ambiti di appropriatezza, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure.

In materia di qualità e sicurezza si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti.

In base a quanto previsto dall'Art. 3, comma 1, lettera b) della L.R. 21/2016 è stato disposto che la Giunta regionale stabilisca e aggiorni periodicamente i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e per l'accreditamento istituzionale e ne disciplini i relativi procedimenti. A tal fine è stato costituito il Gruppo di lavoro (decreto n. 28/ARS del 3 aprile 2017 integrato dal decreto n. 37/ARS del 08/05/2017) incaricato di aggiornare i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e per l'accreditamento istituzionale compresi i relativi procedimenti, al fine di formulare la proposta di revisione di Manuali. Il Gruppo di lavoro è composto da funzionari e tecnici appartenenti al Servizio Sanità e al Servizio Politiche sociali e sport della Regione Marche, all'ARS ed agli Enti del Servizio Sanitario Regionale. Ovviamente ai professionisti presenti nel Gruppo si sono affiancati i professionisti di tutte le strutture presenti nel Servizio Sanità e nell'ARS in base alle competenze presenti e con un lavoro di squadra, i tecnici operanti negli Enti del SSR.

In relazione alla complessità ed all'eterogeneità dei diversi settori e dei numerosi e diversi stakeholder da coinvolgere nel procedimento di studio ed elaborazione dei nuovi requisiti per l'elaborazione della proposta dei Manuali di Autorizzazione si è ritenuto di procedere a stralci. Tuttavia la logica complessiva viene salvaguardata garantendo la coerenza tra i diversi atti e anche con i Manuali di Accreditamento, anch'essi in fase di revisione.

Il percorso che si è scelto di attivare, per ogni stralcio dei Manuali di Autorizzazione, ha comportato: l'elaborazione di una prima bozza di documento; il confronto con i principali stakeholder del "sistema" sanitario e socio-sanitario, che opera nel territorio regionale; la raccolta dei contributi (rilevi proposte, suggerimenti,

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

integrazioni...) degli interlocutori per redigere in maniera partecipata i documenti da proporre all'approvazione della Giunta Regionale.

Approvazione per stralci del Manuale dei Servizi residenziali e semiresidenziali delle Aree: Sanitaria extraospedaliera e Sociosanitaria

La sequenza di approvazione degli stralci del Manuale dei Servizi residenziali e semiresidenziali delle Aree: Sanitaria extraospedaliera e Sociosanitaria è prevista in relazione al progressivo stato di avanzamento dei lavori dei diversi Gruppi, e, comunque, è sostanzialmente coerente con la struttura dell'Allegato C "Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione e strutture sociali di tutela e accoglienza che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, a favore delle categorie di destinatari previste dalla normativa statale e regionale vigente (articolo 7, comma 1, lettera c), della L.R. 21/2016" del Regolamento Regionale n. 1/2018. In particolare:

| Reg. Reg. 1/2018 Allegato C | Destinatari | Tipologie |
|---------------------------------------|-------------------------------|---|
| | Generale | - Ospedale di Comunità - Casa della Salute <i>Tipo B</i> |
| | Anziani/Fragilità | - Sanitarie extraospedaliere e Sociosanitarie |
| | Disabili | - Sanitarie extraospedaliere e Sociosanitarie |
| | Salute mentale | - Sanitarie extraospedaliere e Sociosanitarie |
| | Dipendenze patologiche | - Sanitarie extraospedaliere e Sociosanitarie |
| | Adulti | - Sanitarie extraospedaliere e Sociosanitarie |
| | Minorenni | - Sociosanitarie |

Per queste tipologie di servizi, nella logica della "continuità dell'assistenza", viene prevista una scheda di Requisiti generali, che ogni servizio deve avere e garantire nel tempo, unitamente ai Requisiti specifici, previsti per ogni tipologia dei Servizi residenziali e semiresidenziale delle Aree: Sanitaria extraospedaliera e Sociosanitaria.

Se e quando esplicitamente previsto nella scheda dei Requisiti specifici è possibile erogare, alle condizioni e nelle modalità indicate, due livelli assistenziali "contigui" nella stessa tipologia di struttura, per un numero complessivo di posti non superiore al 20%.

La "durata della permanenza in struttura" e la "modalità di accesso" codificate nella presentazione dei moduli specifici sono riferite solo a persone assistite per cui il servizio pubblico garantisce il pagamento della retta o parte di essa.

Nell'ambito delle strutture per la Salute Mentale non vengono inseriti in questo atto i requisiti specifici per le strutture dedicate all'autismo ("Comunità residenziale e di sollievo per persone con disturbi dello spettro autistico - CR-AUT" e "Comunità semiresidenziale per persone con disturbi dello spettro autistico - CSR-AUT") in quanto è necessario attendere l'esito della sperimentazione di cui alla DGR 1415/17 "Attivazione di una sperimentazione di assistenza in struttura residenziale e semiresidenziale per soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico nella regione Marche"; per lo stesso motivo non è stato ancora previsto il fabbisogno specifico.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Poiché da un lato l'Allegato C del Regolamento Regionale n.1/2018 introduce nuove tipologie di servizi, e comunque una nuova codifica, di tutti i servizi, e dall'altro, tutti i servizi attualmente operativi che ricadono nelle aree sanitarie extra ospedaliere/sociosanitaria, fino ad ora autorizzati con riferimento alla L.R.20/2000 o L.R.20/2002, dovranno riautorizzarsi, è stata predisposta la successiva tabella di "transcodifica" tra le vecchie e le nuove tipologie, in cui è possibile individuare la corrispondenza della "continuità autorizzativa" prevista dal sistema.

E' stata predisposta la successiva tabella di "transcodifica" tra le vecchie e le nuove tipologie, in cui è possibile individuare la corrispondenza della "continuità autorizzativa" prevista dal sistema. La suddetta transcodifica viene inserita nei moduli fac-simile per la presentazione di istanza di autorizzazione all'esercizio, per questa fase transitoria.

Transcodifica per "rinnovo" autorizzazione dei Servizi art.7 c.1 lett. c), L.R. 21/16 "strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, le strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione (...) che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, a favore delle categorie di destinatari previste dalla normativa statale e regionale vigente"

Anziani/Fragilità

| Denominazione | Reg.ti LL.RR. 20/00-20/02 | Codifica DGR 1331/14 | Codifica DGR 1105/17 | Regol. Reg.le 1/18 |
|---|------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Cure intermedie | NO | R2.1 | R2.1 | R1 |
| Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze | RS | R2D | R2D | R2D |
| Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti | RS | R2.2 | R2.2 | R2 |
| Centro Diurno per persone con demenze | NO | SRD | SRD | SRD |
| Residenza Protetta per persone con demenze | A-P1 | R3.1 | R3.1 | R3D |
| Centro Diurno per Anziani non autosufficienti | A-P2 | SR | SR | SR |
| Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti | A-P1 | R3.2 | R3.2 | R3 |

Disabilità

| Denominazione | Reg.ti LL.RR. 20/00-20/02 | Codifica DGR 1331/14 | Codifica DGR 1105/17 | Regol. Reg.le 1/18 |
|--|------------------------------|----------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Residenza Sanitaria Riabilitativa intensiva per Disabili | PRF | RD1.1 | PRF1/ RD1.1 | RD1 |
| Unità Speciale Residenziale | PRF | RD1.4 | PRF4/ RD1.4 | RD1-USR |
| Residenza Sanitaria Riabilitativa estensiva per Disabili | PRF | RD1.2 RD1.3 | PRF2/ RD1.2 PRF2/ RD1.3 | RD2 |
| Centro Diurno Riabilitativo per Disabili | PRF | NO | PRF6/ SRDis1 | SRDis1 |
| Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale per Disabili | PRF D-T1 D-P1 | RD3 (COSER) (RPD) | PRF3/ RD3 COSER/ RD3 RPD/RD3 | RD3 |
| Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo per Disabili a valenza socio-sanitaria | D-P2 | SRDis2.1 SRDis2.2 | CSER/ SRDis2.1/ SRDis2.2 | SRDis2 |
| Gruppo Appartamento per le Disabilità | D-A1 | RD4 | CAD/RD4 | RD4 |

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
Salute mentale

| Denominazione | Reg.ti LL.RR. 20/00-20/02 | Codifica DGR 1331/14 | Codifica DGR 1105/17 | Regol. Reg.le 1/18 |
|--|------------------------------|--|---|-----------------------|
| Struttura Residenziale Terapeutica per la Salute mentale | SRP | SRP1 | SRP1 | SRP1 |
| Struttura Residenziale per la Salute mentale - Infanzia e Adolescenza | NO | RD2.1 RD2.2 | SRT-IA | SRT-IA |
| Struttura Semiresidenziale per la Salute mentale | CD | SSRP | CD/SSRP | SSRP |
| Struttura Semiresidenziale per la Salute mentale - Infanzia e Adolescenza | NO | SRDis2 | SSRT-IA | SSRT-IA |
| Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza | NO | NO | NO | REMS |
| Struttura Riabilitativa Residenziale per la Salute mentale | SRP | SRP2.1 SRP2.2 | SRP2/SRP2.1 SRP2/SRP2.2 | SRP2 |
| Comunità residenziale e di sollievo per persone con disturbi dello spettro autistico | NO | NO | NO | CR-AUT |
| Comunità semiresidenziale per persone con disturbi dello spettro autistico | NO | NO | NO | CSR-AUT |
| Comunità Protetta per la Salute mentale | SRP | SRP3.1.1 SRP3.1.2 SRP3.2 CADM | SRP3/ SRP3.1.1 - SRP3.1.2 SRP3/SRP3.2 | SRP3 |
| Gruppo appartamento per la Salute mentale | NO | SRP3.3 | SRP3.3/ SRP4 | SRP4 |

Dipendenze patologiche

| Denominazione | Reg.ti LL.RR. 20/00-20/02 | Codifica DGR 1331/14 | Codifica DGR 1105/17 | Regol. Reg.le 1/18 |
|--|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Struttura Terapeutica Specialistica per Dipendenze patologiche | STD | NO | STD/STD1A STD/STD1B STD/STD1C | STD1 |
| Struttura Terapeutico Riabilitativa per Dipendenze patologiche | STD | NO | STD2 | STD2 |
| Centro Diurno Terapeutico per le Dipendenze patologiche | CDT | NO | CDT/CDT1 | CDT1 |
| Struttura Pedagogico Riabilitativa per Dipendenze patologiche | STD | NO | STD3/CAT | STD3 |
| Centro Diurno Riabilitativo per le Dipendenze patologiche | CDT | NO | CDT/CDT2 | CDT2 |
| Gruppo appartamento per le Dipendenze patologiche | NO | NO | STD4/AS | STD4 |

Adulti

| Denominazione | Reg.ti LL.RR. 20/00-20/02 | Codifica DGR 1331/14 | Codifica DGR 1105/17 | Regol. Reg.le 1/18 |
|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Hospice | CRCP | NO | CRCP - Hospice | SRCP |
| Residenza Collettiva per malati AIDS | RC | NO | RC | RC |
| Centro Diurno per malati AIDS | NO | NO | NO | SRC |
| Casa alloggio per malati AIDS | RC | NO | NO | CA-HIV |

Minorenni

| Denominazione | Reg.ti LL.RR. 20/00-20/02 | Codifica DGR 1331/14 | Codifica DGR 1105/17 | Regol. Reg.le 1/18 |
|---|------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Comunità socio-psico-educativa integrata per Minorenni | NO | NO | NO | CPEM |
| Comunità semiresidenziale socio-psico-educativa integrata per Minorenni | NO | NO | NO | SPEM |

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2. Procedimenti e Percorsi

Relativamente all’Autorizzazione alla Realizzazione e all’Autorizzazione all’Esercizio delle strutture considerate nel presente manuale di autorizzazione si fa riferimento ai procedimenti e percorsi individuati nelle precedenti delibere che hanno approvato il manuale di autorizzazione delle strutture ospedaliere (PARTE A) e il manuale di autorizzazione delle strutture ambulatoriali, degli stabilimenti termali e degli studi professionali (PARTE B).

3. Modulistica fac-simile

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Marca da bollo

AL SUAP DEL COMUNE DI
.....

FAC-SIMILE MOD. AUT 1 – A

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE 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

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**CHIEDE**

L'Autorizzazione ai sensi dell'art. 8 della L.R. 21/2016 per:

 la realizzazionedella struttura sanitaria extraospedaliera sociosanitaria

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:

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti nel manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della L.R. 21/2016 ed allegati alla presente domanda.

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;
- di presentare contestualmente alla presente, istanza di permesso di costruire per le opere da realizzare a firma del soggetto legittimato;
- che non saranno eseguite opere in quanto la struttura è già idonea e legittimata con atto (*DIA, licenza di costruzione, permesso di costruire, ecc. ...*) del
(*inserire obbligatoriamente il riferimento all'atto abilitativo che legittima l'unità immobiliare*);
- 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.

Data ____/____/____

Firma _____
(*per esteso del legale rappresentante della struttura*)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegati obbligatori:

1. Copia documento identità, in corso di validità, del legale rappresentante;
2. Planimetria della struttura in scala 1:100 datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura, quotata, riportante per ogni locale la destinazione d'uso, la superficie netta, l'altezza, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari (nel bagno handicap la rotazione della carrozzella), le dimensioni di porte e finestre;
3. Relazione tecnica illustrativa datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura riportante le modalità con le quali viene ottemperato il rispetto di ogni singolo requisito strutturale impiantistico e tecnologico previsto nelle schede di riferimento del Manuale regionale
4. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;
5. Asseverazione di un tecnico abilitato in merito al rispetto dei requisiti previsti nelle schede di riferimento del manuale regionale di autorizzazione;
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.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Marca da bollo

AL SUAP DEL COMUNE DI
.....

FAC-SIMILE MOD. AUT 1 B

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AMPLIAMENTO 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

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**CHIEDE**

L'Autorizzazione ai sensi dell'art. 8 della L.R. 21/2016 per:

 l'ampliamento ampliamento strutturale incremento posti/posti letto pari a n per una dotazione complessiva pari a p/pl

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

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti nel manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della L.R. 21/2016 ed allegati alla presente domanda.

COMUNICA

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. 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

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**D I C H I A R A**

- 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;
- di presentare contestualmente alla presente, istanza di permesso di costruire per le opere da realizzare a firma del soggetto legittimato;
- che non saranno eseguite opere in quanto la struttura è già idonea e legittimata con atto (*DIA, licenza di costruzione, permesso di costruire, ecc. ...*) del
(*inserire obbligatoriamente il riferimento all'atto abilitativo che legittima l'unità immobiliare*);
- 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.

Data ____/____/____

Firma _____
(*per esteso del legale rappresentante della struttura*)Allegati obbligatori:

1. Copia documento identità, in corso di validità, del legale rappresentante;
2. Planimetria della struttura in scala 1:100 datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura, quotata, riportante per ogni locale la destinazione d'uso, la superficie netta, l'altezza, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari (nel bagno handicap la rotazione della carrozzella), le dimensioni di porte e finestre;
3. Relazione tecnica illustrativa datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura riportante le modalità con le quali viene ottemperato il rispetto di ogni singolo requisito strutturale impiantistico e tecnologico previsto nelle schede di riferimento del Manuale regionale
4. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;
5. Asseverazione di un tecnico abilitato in merito al rispetto dei requisiti previsti nelle schede di riferimento del manuale regionale di autorizzazione;
6. Copia della precedente autorizzazione sanitaria all'esercizio;
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.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Marca da bollo

AL SUAP DEL COMUNE DI
.....

FAC-SIMILE MOD. AUT 1 - C

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA TRASFORMAZIONE 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

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**CHIEDE**

L'Autorizzazione ai sensi dell'art. 8 della L.R. 21/2016 per:

 la trasformazione modifica tipologia di prestazione già autorizzata cambio destinazione d'uso degli edifici destinati a nuove funzioni qualora ciò comporti la variazione dei requisiti di autorizzazione

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

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti nel manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della L.R. 21/2016 ed allegati alla presente domanda.

descrivere l'oggetto della trasformazione

.....

.....

COMUNICA

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. 20/2002classificata 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

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;
- di presentare contestualmente alla presente, istanza di permesso di costruire per le opere da realizzare a firma del soggetto legittimato;
- che non saranno eseguite opere in quanto la struttura è già idonea e legittimata con atto (*DIA, licenza di costruzione, permesso di costruire, ecc. ...*) del
(*inserire obbligatoriamente il riferimento all'atto abilitativo che legittima l'unità immobiliare*);
- 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.

Data ____/____/____

Firma _____
(*per esteso del legale rappresentante della struttura*)Allegati obbligatori:

1. Copia documento identità, in corso di validità, del legale rappresentante;
2. Planimetria della struttura in scala 1:100 datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura, quotata, riportante per ogni locale la destinazione d'uso, la superficie netta, l'altezza, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari (nel bagno handicap la rotazione della carrozzella), le dimensioni di porte e finestre;
3. Relazione tecnica illustrativa datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura riportante le modalità con le quali viene ottemperato il rispetto di ogni singolo requisito strutturale impiantistico e tecnologico previsto nelle schede di riferimento del Manuale regionale
4. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;
5. Asseverazione di un tecnico abilitato in merito al rispetto dei requisiti previsti nelle schede di riferimento del manuale regionale di autorizzazione;
6. Copia della precedente autorizzazione sanitaria all'esercizio;
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.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| |
|-----------------------|
| <p>Marca da bollo</p> |
|-----------------------|

| |
|---|
| <p>AL SUAP DEL COMUNE DI</p> <p>.....</p> |
|---|

FAC-SIMILE MOD. AUT 1 – D

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO 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

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CHIEDE

L'Autorizzazione ai sensi dell'art. 8 della L.R. 21/2016 per:

il trasferimento ad altra sede

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

descrivere l'oggetto della trasformazione

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 approvato ai sensi della L.R. 21/2016 ed allegati alla presente domanda.

COMUNICA

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. 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

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;
- di presentare contestualmente alla presente, istanza di permesso di costruire per le opere da realizzare a firma del soggetto legittimato;
- che non saranno eseguite opere in quanto la struttura è già idonea e legittimata con atto (*DIA, licenza di costruzione, permesso di costruire, ecc. ...*) del
(*inserire obbligatoriamente il riferimento all'atto abilitativo che legittima l'unità immobiliare*);
- 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.

Data ____/____/____

Firma _____
(*per esteso del legale rappresentante della struttura*)Allegati obbligatori:

1. Copia documento identità, in corso di validità, del legale rappresentante;
2. Planimetria della struttura in scala 1:100 datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura, quotata, riportante per ogni locale la destinazione d'uso, la superficie netta, l'altezza, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari (nel bagno handicap la rotazione della carrozzella), le dimensioni di porte e finestre;
3. Relazione tecnica illustrativa datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura riportante le modalità con le quali viene ottemperato il rispetto di ogni singolo requisito strutturale impiantistico e tecnologico previsto nelle schede di riferimento del Manuale regionale
4. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;
5. Asseverazione di un tecnico abilitato in merito al rispetto dei requisiti previsti nelle schede di riferimento del manuale regionale di autorizzazione;
6. Copia della precedente autorizzazione sanitaria all'esercizio ed eventuale autorizzazione all'esercizio della struttura dove si intende trasferire l'attività
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.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

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**D I C H I A R A**

- 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 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 _____
firma per esteso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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. 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.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

TABELLA DI TRANSCODIFICA – Regolamento Regionale n.1/2018.PDF