

N. _____
Importo _____
Data _____

AL COMUNE DI

MOD. AUT 2

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO O DIURNO PER ACUTI , 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

Libero professionista
Partita IVA _____ PEC _____
 Titolare dell'impresa individuale
 Legale rappresentante
del soggetto giuridico di seguito individuato:
Ragione Sociale _____
Indirizzo Sede Legale _____
Forma Giuridica _____
Partita IVA _____ PEC _____
Mail _____
Recapito telefonico _____

CHIEDE

Il rilascio dell'**autorizzazione all'esercizio** dell'attività sanitaria

nella struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti denominata:

con sede in via/piazza _____ N. _____

di codesto Comune

Tipologia della struttura (*specificare codice regolamento regionale*)

Regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno con n. _____ posti letto

COMUNICA

- di NON essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della L.R. 20/2000;
- di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della L.R. 20/2000, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. _____ rilasciata il _____ dal Comune di _____

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 ad _____ 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 la struttura (*) ubicata ad _____ in via _____ n. _____ distinta al Catasto Fabbricati al Foglio _____ particella _____ sub _____ rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi di cui al manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della L.R. 21/2016 ed allegati alla presente domanda;

(*) da compilare per le sole strutture di cui all'art. 7 comma 2 della L.R. 21/2016 non soggette al preventivo rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione

- 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 (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 struttura oggetto dell'istanza (barrare l'opzione che interessa)
 è soggetta non è soggetta
alla Valutazione Antisismica ai sensi della normativa vigente

che la direzione/responsabilità sanitaria è affidata al
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/Responsabile di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

Data _____ Firma del Titolare

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 manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile e della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario datate (tutte le pagine)
- 4) planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal tecnico abilitato.
- 5) Inoltre, per le strutture di cui all'art. 7 comma 2 non soggette ad autorizzazione alla realizzazione di cui all'art. 8 dev e essere allegata la relazione tecnico sanitaria datata e sottoscritta dal tecnico abilitato
- 6) Esito della Valutazione Antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente;
- 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.