

**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 cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_ 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 cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Firmato dal Direttore sanitario

Firmato del Legale rappresentante

|   |
|---|
| <b>Istruzioni per la compilazione<br/>del Modello AUT.4</b> |
|---|

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.

**DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 85 D.LGS. 159/2011**  
*(solo per le società quando è compilato il quadro di autocertificazione)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. [ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ]

Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Residenza Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

per i cittadini extracomunitari, gli estremi del permesso/carta di soggiorno rilasciato per \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_

1. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159 (antimafia).

***Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445.***

***Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 d.lgs.196/2003 "Codice sulla protezione dei dati personali", dichiara di essere stato preventivamente informato che i dati personali raccolti saranno trattati sia manualmente che con strumenti informatici, esclusivamente e limitatamente all'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta***

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_