

MOD. AUT 2-CD

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II E III LIVELLO, AI SENSI DELLA DGR 06/2023.

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____)

Via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale: _____

Tell/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: _____

(in caso di assenza della partita IVA, indicare il Codice Fiscale dell'organizzazione)

PEC _____

E-Mail _____ Recapito telefonico _____

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi della DGR 06/2023 per l'erogazione di cure domiciliari

di livello base, di I livello, di II livello, di III livello.

Tipologia dell'organizzazione: _____

denominata _____

con sede *organizzativa* nel Comune di _____

Via/Piazza _____ n. _____ int _____

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio _____ Mappale _____ Sub _____

con sede *operativa* (da compilare nel caso in cui sia distinta dalla sede organizzativa) nel Comune di

_____ Via/Piazza _____

n. _____ int _____ Distinta al catasto Fabbricati al Foglio _____ Mappale _____ Sub _____

COMUNICA

- di essere in possesso, di autorizzazione alla realizzazione di cui al Decreto n° _____ del _____ rilasciato dalla Regione;
- che l'organizzazione, antecedentemente alla data di pubblicazione del manuale di autorizzazione relativo alla presente richiesta, ha erogato servizi di cure domiciliari
 - di livello base, di I livello, di II livello, di III livellodi essere in
- possesso del codice ORPS _____
- di NON essere in possesso del codice ORPS;
- che la sede operativa coincide con la sede organizzativa;
- che la sede operativa NON coincide con la sede organizzativa.

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:

DICHIARA

- che la sede organizzativa, è ubicata a _____
in via _____ n. _____
distinta al Catasto Fabbricati al Foglio _____ particella _____ sub _____
ed è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU;
- che la sede operativa dell'organizzazione, è ubicata a _____

n via _____ n. _____
distinta al Catasto Fabbricati al Foglio _____ particella _____ sub _____
ed è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di
autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari 1.1 AU e 1.2 AU;

- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all' art. 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa.
- che il soggetto privato richiedente l'autorizzazione in oggetto:
 - è iscritto al Registro delle Persone Giuridiche c/o la Cancelleria del Tribunale di _____ al n. _____ in data _____;
(solo per Persone Giuridiche tenute all'iscrizione)
 - è iscritto al Registro delle Imprese c/o la Camera di Commercio di _____ al n. _____ in data _____;
(solo per le cooperative, le Società di Persone e le Società di Capitali)
 - è iscritto all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali al n. _____ in data _____;
(solo per le Cooperative Sociali)
 - è iscritto al Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato al n. _____ in data _____;
(solo per le Associazioni di Volontariato)
 - è iscritto all'Anagrafe Onlus n. _____ in data _____;
(solo per le altre Onlus)
 - è iscritto al _____ al n. _____ in data _____;
(altri pubblici registri o albi)
- Che la direzione sanitaria / la responsabilità sanitaria dell'organizzazione (requisito 3.1.1AU) è affidata al

Dott. _____

Nato a _____ il _____

Laureato in _____

Presso l'Università di _____ il _____

Specialista in _____

Iscritto presso l'Ordine dei _____ N. _____

Provincia di _____

il quale DICHIARA che:

- a. i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti;
- b. non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione;
- c. 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 _____

Firmato dal Legale Rappresentante

Data _____

Firmato dal Direttore Sanitario/Responsabile Sanitario

Allegati obbligatori:

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Autorizzazione all' esercizio;
3. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
4. Planimetria della sede organizzativa e della sede operativa (qualora non coincidenti) 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 e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata dalla Regione;
6. Copia versamento bollo digitale
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.
8. Autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.