COMUNICAZIONE DELLA VARIAZIONE DI REQUISITI NON STRUTTURALI DI UN PRESIDIO SANITARIO O SOCIO SANITARIO GIA' AUTORIZZATO AI SENSI DELLA L.R. 21/2016.

Al Sindaco del Comune di
_____

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a_____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____Via _____n. ____

Codice Fiscale n: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Telefono n _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____

Partita IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

con Sede in _____

Via _____n _____

C

della struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) :

_____

per l'erogazione di prestazioni (2): _____

in regime (3): _____

con una dotazione di (4) n: _____ posti letto (solo per gli ospedali e le strutture residenziali)

D

dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

sita/o in codesto Comune, indirizzo_____ n. _____

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

(specificare tenendo presente che nel caso di variazione del responsabile sanitario deve essere adottata la seguente formula):

- nuovo titolare dello studio odontoiatrico: _____

Nato/a a_____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____Via _____n. ____

Codice Fiscale n: _____Telefono n _____

- la direzione sanitaria/responsabilità, sarà 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 cui può andare incontro 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 nuovo titolare_____

(per esteso)

Firma del precedente titolare_____

(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. Titolarità
2. Ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una persona giuridica
3. Denominazione
4. Direttore sanitario

La stessa deve essere prodotta:

- in due copie (una per il Comune ed una per la Regione) se si tratta dell'esercizio dell'attività di presidi pubblici di ogni tipo o presidi privati di alta specializzazione o presidi sanitari o socio-sanitari di ricovero o residenziali o semiresidenziali e per gli stabilimenti termali;
- in tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL del territorio) se si tratta dell'esercizio dell'attività di strutture ambulatoriali private, di studi ove si praticano prestazioni odontoiatriche, mediche o di altre professioni sanitarie ove si eroghino prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

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 che si intende erogare così individuate:

nel regime ambulatoriale:

1) specialistiche mediche
2) specialistiche chirurgiche
3) odontoiatriche
4) diagnostiche di laboratorio (specificare se punto di prelievi)
5) diagnostiche per immagini
6) di recupero e rieducazione funzionale
7) di riabilitazione
8) di dialisi
9) di terapia iperbarica
10) di salute mentale
11) di consultorio familiare
12) di trattamento delle tossicodipendenze
13) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

1) polispecialistiche (specificare la specialità)
2) monospecialistiche (specificare la specialità)
3) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime residenziale e semiresidenziale:

1) di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
2) di tutela della salute mentale (in particolare: Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici;
3) psichiatriche
4) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
5) residenze sanitarie medicalizzate;
6) residenze sanitarie terapeutiche;
7) residenze sanitarie riabilitative;
8) residenze sanitarie assistenziali;
9) nuclei di assistenza residenziale (N.A.R.) all'interno di strutture protette;
10) di cure palliative (hospice)

nel regime termale

1) idropiniche
2) inalatorie
3) balneoterapiche
4) fangoterapiche
5) altre

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

al punto (4) la dotazione dei 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 eroghino 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

FIRMA

DATA _____ _____