

N° \_\_\_\_\_  
Importo \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

AL COMUNE DI  
-----

**MOD. AUT 2 - AMB**

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURE (OSPEDALIERE O EXTRAOSPEDALIERE), CHE ER OGANO PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE, DI STABILIMENTI TERMALI E DI STUDI E/O STRUTTURE DI CUI AL COMMA 2 DELL 'ART. 7 L.R. 21/2016, 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 ambulatoriale denominata:

con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

di codesto Comune

Tipologia della struttura (*specificare codice regolamento regionale*)

- struttura ospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale  
 struttura extraospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale  
 stabilimento termale  
 studio e/o strutture di cui al comma 2 art.7 L.R. 21/2016

## 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 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.

Inoltre, per le strutture di cui all'art. 7 comma 2 non soggette ad autorizzazione alla realizzazione di cui all'art. 8 deve essere allegata la relazione tecnico sanitaria datata e sottoscritta dal tecnico abilitato

5) 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.