

## MODULISTICA

### MOD. AUT 1C-CD

#### DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER ORGANIZZAZIONI CHE EROGANO 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 al TRASFERIMENTO** ai sensi della DGR 06/2023 della/e struttura/e adibita/e a

☐ sede organizzativa    ☐ sede operativa

Presso la nuova sede sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Int \_\_\_\_\_

Distinta al Catasto Fabbricati al Foglio \_\_\_\_\_ mappale \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_

Avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti nel manuale regionale di autorizzazione di cui alla DGR 06/2023

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 \_\_\_\_\_

DESCRIVERE L'OGGETTO DEL TRASFERIMENTO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## COMUNICA

- di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della DGR 06/2023 per la quale allega copia dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_ dalla Regione;
- codice ORPS : \_\_\_\_\_ ;
- che l'organizzazione è attualmente operativa ed eroga prestazioni di cure domiciliari;
- ☐ 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:

### D I C H I A R A

- 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 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;
- 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)*

Data \_\_\_\_\_ Firmato da Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

**Allegati obbligatori:**

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Autorizzazione all'esercizio;
3. Copia versamento bollo digitale;
4. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
5. 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;
6. 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.
7. Autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.