

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.