COMUNICAZIONE DELLA VARIAZIONE DI REQUISITI NON STRUTTURALI DI UNA STRUTTURA SANITARIA O SOCIO SANITARIA GIA' AUTORIZZATA AI SENSI DELL' ART. 9 DELLA L.R. 21/2016

Al SUAP/Sindaco del Comune di _____ Mod. AUT.4

A

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____

Nato/a a _____Prov.___il_____

Residente a_____Via_____n.____

Codice Fiscale:_____Telefono n. _____

E-mail_____P.E.C. _____

B

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

_____Partita IVA_____

Via_____n._____ E-mail_____

P.E.C. _____

C

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

_____

tipologia prestazioni (2):_____codifica Reg.1/18_____

regime (3):_____

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

D

dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria _____

sita/o in codesto Comune, via_____n. _____

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

(barrare la voce che interessa)

☐ VARIAZIONE DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE;

☐ VARIAZIONE DELLA RAGIONE SOCIALE;

☐ VARIAZIONE DELLA DENOMINAZIONE;

☐ VARIAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA.

Compilare la variazione che interessa:

Il nuovo Titolare/Legale Rappresentante
della struttura sanitaria è cognome_____ nome _____
nato a_____ Prov. (____) il _____
residente a_____
Via _____n. _____ Codice Fiscale _____
Telefono n. _____
email _____ P.E.C. _____

La nuova Ragione Sociale è la seguente: _____
dalla data del _____;

La nuova Denominazione della struttura è la seguente: _____
dalla data del _____;

La Direzione Sanitaria/Responsabilità, viene 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 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 _____

Firmato dal Direttore sanitario

Firmato del Legale rappresentante

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. Titolare/Legale Rappresentante
2. Ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una persona giuridica
3. Denominazione
4. Direttore sanitario

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 e la codifica delle stesse, individuabile dai manuali

di autorizzazione.

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale;

semiresidenziale, termale.

al punto (4) la dotazione dei posti/ 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 _____ _____