

MOD. AUT 2 RES CASE-MIX

spazio per marca da bollo
oppure
numero identificativo della marca
da bollo telematica
oppure
☐ esenzione

AL SUAP DEL COMUNE DI

.....

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI UNA STRUTTURA SANITARIA
EXTRAOSPEDALIERA O SOCIO-SANITARIA IN REGIME RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE,
AI SENSI DELL'ART 8 DELLA L.R. 21/2016**

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome.....

Nato/a a (.....)

il / /

Residente a (.....)

Via/Piazza n.

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel/Cell e-mail

nella sua qualità di: *(indicare la ragione sociale)*

- ☐ Legale rappresentante della **STRUTTURA PRIVATA**
☐ Legale rappresentante della **STRUTTURA PUBBLICA**

Ragione Sociale

Con Sede Legale in Via/Piazza n.

Comune di (.....) CAP

Forma Giuridica

Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PEC

E-Mail

Recapito telefonico

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'art. 9 della L.R. 21/2016

della struttura ☐ sanitaria extraospedaliera ☐ sociosanitaria

PRESTAZIONE (denominazione del codice paragrafo del manuale autorizzativo)

Codice paragrafo

--	--	--	--	--	--	--	--

Nome della struttura (es.: "Comunità Felice")

Con sede nel Comune di

Via/Piazza n. Int

distinta al Catasto Fabbricati al Foglio Mappale sub

Numero Posti/Posti letto

CHIEDE INOLTRE,

al fine di garantire la continuità assistenziale della persona (*case mix*), di valutare anche il possesso dei requisiti

1-CODICE PARAGRAFO

--	--	--	--	--	--	--	--

fino ad un massimo del ____% rispetto al modulo in oggetto (come indicato nella scheda introduttiva di ciascun modulo - "capacità ricettiva e tipo di organizzazione").

2-CODICE PARAGRAFO

--	--	--	--	--	--	--	--

fino ad un massimo del ____% rispetto al modulo in oggetto (come indicato nella scheda introduttiva di ciascun modulo - "capacità ricettiva e tipo di organizzazione").

COMUNICA

di essere in possesso, per la struttura in oggetto,

☐ **autorizzazione alla realizzazione:**

☐ **autorizzazione all'esercizio:**

☐ ai sensi della
L.R. 21/2016

☐ ai sensi della
L.R. 20/2000

☐ ai sensi della
L.R. 21/2016

☐ ai sensi della
L.R. 20/2000

☐ ai sensi della
L.R. 20/2002

classificata con codice ORPS

--	--	--	--	--	--

per la quale allega copia dell'autorizzazione nrilasciata il ____/____/____

dal Comune/SUAP di

La struttura è operativa:

☐ SI, per Numero di Posti/Posti letto ☐ NO

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:

DICHIARA

(barrare i casi che interessano)

- ☐ di essere Proprietario dell'unità immobiliare (*allegare documentazione idonea*);
- ☐ di NON essere Proprietario dell'unità immobiliare e di essere in possesso di contratto/atto per la gestione dell'unità immobiliare;
- ☐ che la struttura ubicata a 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 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 e ss.mm.ii.(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 sanitaria/responsabilità di struttura è affidata a

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 di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

☐ che la struttura oggetto dell'istanza (barrare l'opzione che interessa):

☐ è soggetta ☐ non è soggetta
alla Valutazione Antisismica ai sensi della normativa vigente

Data ____/____/____

Firma _____
(per esteso del legale rappresentante della struttura)

Allegati obbligatori:

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Schede del Manuale Regionale relative ai requisiti GENERALI e SPECIFICI compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;
3. Planimetria della struttura in scala 1:100, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, quotata, riportante la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, le altezze, la superficie netta, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari, il layout di una carrozzella comprovante l'abbattimento delle barriere architettoniche, le dimensioni di porte e finestre;
4. Autorizzazione alla realizzazione rilasciata dal SUAP/Comune e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente;
5. Esito della valutazione antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente;
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.