

MOD. AUT 2

Marca da bollo

AL COMUNE/SUAP DI

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURE (OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE), CHE EROGANO 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 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
- ☐ di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla **realizzazione**, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. _____ rilasciata il ____/____/____ dal Comune/SUAP di _____
- ☐ di essere già in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'**esercizio**, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. _____ rilasciata il ____/____/____ dal Comune/SUAP 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* _____

*negli ambulatori odontoiatrici il direttore sanitario deve essere iscritto all'albo degli odontoiatri (ai sensi della L. 124/2017, art. 1, c. 153)

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.

(per gli ambulatori odontoiatrici) l'assenza di situazioni di incompatibilità del Direttore sanitario di cui al comma 155 dell'art. 1 della L. 124/2017

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. Copia dell'Autorizzazione alla realizzazione (art. 8 L.R. 21/2016) e/o, se la struttura è già in esercizio, copia della precedente Autorizzazione all'esercizio.
 4. Schede del manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario datate (tutte le pagine).
 5. 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.
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. Per i Centri Trasfusionali e UDR compilare l'apposito Modello integrativo.
 8. Cronoprogramma degli adeguamenti, ove previsti.