



AL SUAP DEL COMUNE DI

MOD. AUT 2 A – MLAB

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURE DI MEDICINA DI
LABORATORIO 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:(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 _____
PEC _____
Tel/Cell _____ mail _____



CHIEDE

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

per la struttura che eroga prestazioni di medicina di laboratorio denominata:

con sede in via/piazzaN.....

di codesto Comune

Tipologia attuale della struttura

☐ laboratorio generale di base ai sensi della vigente normativa / ex laboratorio analisi (LAN) ai sensi DGR 2200/00

☐ laboratorio specializzato, specificare:

- ☐ biochimica clinica e tossicologia
- ☐ ematologia e coagulazione
- ☐ microbiologia, virologia e sieroinmunologia
- ☐ biologia molecolare
- ☐ genetica molecolare e citogenetica
- ☐ laboratorio di genetica molecolare e citogenetica (LGM)

☐ laboratorio generale di base con settori specializzati, specificare:

- ☐ biochimica clinica e tossicologia
- ☐ ematologia e coagulazione
- ☐ microbiologia, virologia e sieroinmunologia
- ☐ biologia molecolare
- ☐ genetica molecolare e citogenetica

☐ punto prelievi



COMUNICA

- ☐ 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 _____
- ☐ che la struttura ubicata ad _____ in via _____ n. _____ distinta al Catasto Fabbricati al Foglio _____ particella _____ sub _____ è autorizzata temporaneamente ai sensi della L.R. 21/2016, art. 22. (*)

(*) da compilare per le strutture pubbliche

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 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 di cui al vigente manuale regionale;
- ☐ 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 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 è affidata a

Dott. _____

nato a _____ il _____

Laureato in _____



presso l'Università di _____ il _____

specialista in _____

iscritto presso Ordine dei _____ al N _____

Provincia di _____

(ai sensi del comma 536 parte seconda della L. 145/2018 le strutture sanitarie private di cura sono tenute a dotarsi di un direttore sanitario iscritto all'albo dell'ordine territoriale competente per il luogo nel quale hanno la loro sede operativa)

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.

Data _____ Firma del Legale Rappresentante _____

Data _____ Firma del Direttore Sanitario _____

Allegati obbligatori:

- 1) copia del documento di identità di tutti i dichiaranti;
- 2) attestazione versamento diritti di segreteria;
- 3) Schede del vigente Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal Legale Rappresentante e dal Direttore Sanitario in ogni pagina;
- 4) planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
- 5) autorizzazione alla realizzazione rilasciata dal SUAP/Comune e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente;
- 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) Cronoprogramma degli adeguamenti, ove previsti.