

## MODULISTICA

MOD. AUT 1A-CD

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DI 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 ORGANIZZAZIONE PRIVATA

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE 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 \_\_\_\_\_

## C H I E D E

Il rilascio dell'**autorizzazione alla realizzazione** ai sensi della DGR 06/2023 di struttura/e adibita/e

a sede organizzativa  sede operativa

di un'organizzazione che eroga prestazioni di cure domiciliari

di livello base,  di I livello,  di II livello,  di III livello.

Con una capacità di presa in carico pari a n. \_\_\_\_\_ assistiti, per la durata dell'atto di fabbisogno.

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 \_\_\_\_\_

## C O M U N I C A

che l'organizzazione, antecedentemente alla data di presentazione della presente richiesta, NON ha erogato servizi 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 struttura adibita a sede organizzativa dell'organizzazione, ubicata a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ distinta al Catasto Fabbricati al Foglio \_\_\_\_\_ particella \_\_\_\_\_

sub \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure do-miciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU;

- che la struttura adibita a sede operativa dell'organizzazione, ubicata a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ distinta al Catasto Fabbricati al Foglio \_\_\_\_\_ particella \_\_\_\_\_

sub \_\_\_\_\_ 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 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. Copia versamento bollo digitale;
3. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
4. 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;
5. Relazione tecnica illustrativa, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato, con riferimento puntuale a tutti i requisiti strutturali e tecnologici contenuti negli allegati 1A e 1A.1 alla DGR. 06/2023, facendo anche opportuno riferimento alla/e planimetria/e allegata/e per l'individuazione degli spazi e dei locali a cui i predetti requisiti si riferiscono;
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.