



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Marca da bollo

AL COMUNE DI  
-----

**MOD. AUT 2 - OSP**

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO O DIURNO PER ACUTI, 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 \_\_\_\_\_



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**CHIEDE**

Il rilascio dell'**autorizzazione all'esercizio** dell'attività sanitaria

nella struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti denominata:

con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

di codesto Comune

Tipologia della struttura (*specificare codice regolamento regionale*)

in regime:

regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno con n. \_\_\_\_\_ posti letto

**COMUNICA**

di NON essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della L.R. 20/2000

- di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della L.R. 20/2000, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ dal Comune 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 \_\_\_\_\_ è autorizzata temporaneamente ai sensi della L.R. 21/2016, art. 22.(\*)

(\*)da compilare per le strutture pubbliche

- che per l'immobile di cui sopra è già stato rilasciato il certificato di agibilità/presentata la segnalazione certificata di agibilità prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- 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 struttura oggetto dell'istanza (barrare l'opzione che interessa)  
    è soggetta            non è soggetta  
    alla Valutazione Antisismica ai sensi della normativa vigente

che la direzione/responsabilità sanitaria è affidata al  
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/Responsabile di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Titolare \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Direttore Sanitario \_\_\_\_\_



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**Allegati obbligatori:**

1. copia del documento di identità di tutti i dichiaranti;
2. attestazione versamento diritti di segreteria;
3. schede del manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario datate (tutte le pagine);
4. planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
5. 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. Esito della Valutazione Antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente;
7. 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;
8. Per i Centri Trasfusionali e UDR compilare l'apposito Modello integrativo da inviare direttamente all'OTA alla seguente pec: [ota.aut2.esercizio@emarche.it](mailto:ota.aut2.esercizio@emarche.it);
9. Cronoprogramma degli adeguamenti, ove previsti.