N ° _____

Importo _____

Data _____

AL COMUNE DI

MOD. AUT 2 - AMB

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURE (OSPEDALIERE O EXTRAOSPEDALIERE), CHE ER OGANO 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 che eroga prestazioni in regime ambulatoriale 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 st ruttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della L.R. 20/2000;

☐ di essere in possess o, 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 dic hiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiam ate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese sia dal Legale rappresen tante che dal Direttore/Responsabile Sanitario per quanto di competenza:

DICHIARA

☐ che la struttura ubicata ad _____ in via _____ _____ n. _____ distinta al Catasto Fabbri cati al Foglio _____ particella _____ sub _____ è stata real izzata in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizza zione 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 Fabbri cati al Foglio _____ particella _____ sub _____ rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lav oro ed è dotata dei requi siti 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 struttu re di cui all'art. 7 comma 2 della L.R. 21/2016 non soggette al preventivo rilascio de ll'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 s ussistono nei propri c onfronti le cause di divi eto, di decadenz a 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 tratta ti 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_____

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

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.
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
5) Per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 38 e 47 del DPR 28 dicembre 2 000, n.445) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.