

|               |
|---------------|
| N° _____      |
| Importo _____ |
| Data _____    |

|                       |
|-----------------------|
| AL COMUNE DI<br>----- |
|-----------------------|

MOD. \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE \_\_\_\_\_ DI UNA STRUTTURA SANITARIA  
IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO O DIURNO PER ACUTI,  
AI SENSI DELL'ART 8 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

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Libero professionista             |
| Partita IVA _____ PEC _____                                |
| <input type="checkbox"/> Titolare dell'impresa individuale |
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante             |
| del soggetto giuridico di seguito individuato:             |
| Ragione Sociale _____                                      |
| Indirizzo Sede Legale _____                                |
| Forma Giuridica _____                                      |
| Partita IVA _____ PEC _____                                |
| Mail _____   |
| Recapito telefonico _____                                  |

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture sanitarie in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti, non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge regionale

## CHIEDE

L'Autorizzazione ai sensi dell'art. 8 della L.R. 21/2016 per:

**la realizzazione**

della struttura sanitaria in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti denominata \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_  
distinta al Catasto Fabbricati al Foglio \_\_\_\_\_ Mappale \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_  
Tipologia della struttura (*specificare codice regolamento regionale*)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti con n. \_\_\_\_\_ posti letto,  
avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali,  
tecnologici ed organizzativi stabiliti nel manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi  
della L.R. 21/2016 ed allegati alla presente domanda.

## CHIEDE

L'Autorizzazione ai sensi dell'art. 8 della L.R. 21/2016 per:

**l'ampliamento**

- ampliamento strutturale
- incremento posti/posti letto
- incremento punti di cura
- incremento funzioni

della struttura sanitaria in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti denominata \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

distinta al Catasto Fabbricati al Foglio \_\_\_\_\_ Mappale \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_

Tipologia della struttura (*specificare codice regolamento regionale*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno con ulteriori n. \_\_\_\_\_ posti letto,

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti nel manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della L.R. 21/2016 ed allegati alla presente domanda.

## CHIEDE

L'Autorizzazione ai sensi dell'art. 8 della L.R. 21/2016 per:

**la trasformazione**

- modifica funzioni già autorizzate
- cambio d'uso degli edifici destinati a nuove funzioni qualora ciò comporti la variazione dei requisiti di autorizzazione

della struttura sanitaria in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti  
denominata \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

distinta al Catasto Fabbricati al Foglio \_\_\_\_\_ Mappale \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_

Tipologia della struttura (*specificare codice regolamento regionale*)

\_\_\_\_\_

descrivere l'oggetto della trasformazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CHIEDE

L'Autorizzazione ai sensi dell'art. 8 della L.R. 21/2016 per:

**il trasferimento ad altra sede**

della struttura sanitaria/socio-sanitaria

denominata \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

Tipologia della struttura (*specificare codice regolamento regionale*)

descrivere l'oggetto del trasferimento

presso la nuova sede:

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

distinta al Catasto Fabbricati al Foglio \_\_\_\_\_ Mappale \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti nel Manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della L.R. 21/2016 ed allegati alla presente domanda.

## 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 \_\_\_\_\_

## DICHIARA

- di presentare contestualmente alla presente, istanza di permesso di costruire per le opere da realizzare a firma del soggetto legittimato;
- che non saranno eseguite opere in quanto la struttura è già idonea e legittimata con atto (DIA, licenza di costruzione, permesso di costruire, ecc...) n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (*inserire obbligatoriamente il riferimento all'atto abilitativo che legittima l'unità immobiliare*);
- 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Allegati obbligatori:

1. Copia documento identità, in corso di validità, del legale rappresentante;
2. Planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura;
3. Relazione tecnico illustrativa dell'intervento proposto con la quale si descrivono le modalità con le quali si raggiungono i requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici;
4. Asseverazione di un tecnico abilitato in merito al rispetto dei requisiti previsti nelle schede di riferimento del manuale regionale di autorizzazione;
5. Per le strutture già esistenti nelle quali non siano previste opere, è necessario presentare alternativamente:
  - copia o estremi del certificato di agibilità/abitabilità, se rilasciato successivamente alla L. n. 46/1990;
  - certificato di conformità degli impianti tecnologici esistenti;
  - dichiarazione di rispondenza degli impianti tecnologici in caso di assenza del certificato di conformità.
6. Copia della precedente autorizzazione sanitaria all'esercizio in caso di ampliamento/trasferimento/trasformazione dell'attività sanitaria;
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.