

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

AL SUAP DEL COMUNE DI

MOD. AUT 2 RES

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI UNA STRUTTURA SANITARIA EXTRAOSPEDALIERA O SOCIO-SANITARIA IN REGIME RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE, AI SENSI DELL'ART 9 DELLA L.R. 21/2016

Il/la sottoscritto/a

Cognome .....

Nome .....

Nato/a a ..... (.....) il .....

Residente a ..... (.....)

Via/Piazza ..... n .....

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel/Cell ..... e-mail .....

nella sua qualità di: *(indicare la corretta ragione sociale)*

Legale rappresentante di una **STRUTTURA PRIVATA**

Legale rappresentante di una **STRUTTURA PUBBLICA**

Ragione Sociale .....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

Comune di ..... (.....) CAP .....

Forma Giuridica .....

Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PEC .....

E-Mail .....

Recapito telefonico .....

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**CHIEDE**

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

della struttura

sanitaria extraospedaliera

sociosanitaria

PRESTAZIONE (denominazione del codice paragrafo del manuale autorizzativo)

Codice paragrafo

--	--	--	--	--	--	--	--

Nome della struttura

con sede nel Comune di

Via/Piazza

n.

Int.

distinta al Catasto Fabbricati al Foglio

Mappale

sub

Numero Posti/Posti letto:

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**COMUNICA**

di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di  
**autorizzazione alla realizzazione**

di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di  
**autorizzazione all'esercizio**

ai sensi della  
L.R. 21/2016

ai sensi della  
L.R. 20/2000

ai sensi della  
L.R. 21/2016

ai sensi della  
L.R. 20/2000

ai sensi della  
L.R. 20/2002

classificata con codice ORPS

--	--	--	--	--	--

per la quale allega copia dell'autorizzazione n. .... rilasciata il \_\_\_\_\_  
dal Comune/SUAP di .....

(Solo per i soggetti pubblici) provvisoriamente autorizzata ai sensi della L.R. 21/2016, art. 22,  
comma 2. (Allegare eventuale autocertificazione di cui alla DGR. 310/2002)

La struttura è operativa :  SI, per Numero di Posti/Posti letto .....  NO

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:

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**DICHIARA**

- di essere Proprietario dell'unità immobiliare (*allegare documentazione idonea*);
- di NON essere Proprietario dell'unità immobiliare e di essere in possesso di contratto/atto per la gestione dell'unità immobiliare;
- 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 del manuale regionale di autorizzazione
- 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/responsabilità di struttura è affidata a  
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 di cui ai  
commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.
- che la struttura oggetto dell'istanza (barrare l'opzione che interessa):  
 è soggetta  non è soggetta  
alla Valutazione Antisismica ai sensi della normativa vigente

Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

Firma del Direttore Sanitario/Responsabile

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Allegati obbligatori:

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Per le strutture private: Schede del Manuale Regionale relative ai requisiti GENERALI e SPECIFICI compilate, datate e sottoscritte dal Legale rappresentante in ogni pagina;  
Per le strutture pubbliche: Schede del Manuale Regionale relative ai requisiti GENERALI e SPECIFICI compilate, datate e sottoscritte dal Responsabile di Struttura o, per le strutture del SSR, dal Direttore di Distretto in ogni pagina;
3. Planimetria della struttura in scala 1:100, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, quotata, riportante la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, le altezze, la superficie netta, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari, il layout di una carrozzella comprovante l'abbattimento delle barriere architettoniche, le dimensioni di porte e finestre;
4. Autorizzazione alla realizzazione e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente rilasciata dal SUAP/Comune;
5. Esito della valutazione antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente;
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.