REGIONE MARCHE
Giunta regionale

spazio per marca da bollo
oppure
numero identificativo della marca da bollo telematica
oppure
□ esenzione

Regione Marche
Settore Autorizzazioni e Accreditamenti
regione.marche.accreditamentistrutturesanitarie@emarche.it

MOD. AUT 1-A CD

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, I°, II° E III°, AI SENSI DELLA D.G.R. 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:

☐ Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PRIVATA

☐ Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale…….
(indicare la denominazione della società, ente pubblico, associazione, fondazione, ecc. titolare della struttura)

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 ……..

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

C H I E D E

Il rilascio dell'**autorizzazione alla realizzazione** ai sensi della D.G.R. 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, alla data odierna.

denominata …….
(indicare denominazione con cui la sede è conosciuta al pubblico, la denominazione che compare su insegne e sito web)

con sede *organizzativa* nel Comune di ……..Via/Piazza …… n.…… int ……...
distinta al catasto Fabbricati al Foglio ……. Mappale …… Sub ……

con sede *operativa* (da compilare con i dati della sede organizzativa, *se sono sedi coincidenti*)
nel Comune di ……..Via/Piazza …… n.…… int ……... distinta al catasto Fabbricati al Foglio ……. Mappale …… Sub ……

con sede *operativa* (da compilare se sono previste più sedi operative distinte dalla sede organizzativa)
nel Comune di ……..Via/Piazza …… n.…… int ……... distinta al catasto Fabbricati al Foglio ……. Mappale …… Sub ……

con sede *operativa* nel Comune di ……..Via/Piazza …… n.…… int ……...
distinta al catasto Fabbricati al Foglio ……. Mappale …… Sub ……

con sede *operativa* nel Comune di ……..Via/Piazza …… n.…… int ……...
distinta al catasto Fabbricati al Foglio ……. Mappale …… Sub ……

con sede *operativa* 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 domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU;
- (da compilare con i dati della sede organizzativa, *se sono sedi coincidenti*)
  che la struttura adibita a sede operativa dell'organizzazione, ubicata a ……..……....
  in via ……..n.……distinta al Catasto Fabbricati al Foglio.. … particella …….

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

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;

- (da compilare se sono previste più sedi operative distinte dalla sede organizzativa)
  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 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 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 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 RUNTS n. ……in data……; *(solo per le altre Onlus)*
  - ○ è iscritto al …… al n. …… in data ……; *(altri pubblici registri o albi)*

Data ____/___/_____ Firma del Legale Rappresentante _____

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

Allegati obbligatori:

1. Copia del documento identità, in corso di validità, del legale rappresentante, in cui sia presente il codice fiscale;
2. Copia della ricevuta di versamento del bollo digitale o marca da bollo barrata con segno grafico;
3. 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;
4. Schede del manuale Regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
5. 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, le verifiche dei rapporti aeranti ed illuminanti, il layout degli arredi e dei sanitari, nonché di una carrozzella (qualora sia prevista la presenza di servizi igienici attrezzati per la disabilità), datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
6. 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 D.G.R. 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;
7. Relazione che illustri nel dettaglio le modalità con cui si intendono abbattere le barriere architettoniche all'esterno, all'ingresso e all'interno della struttura. In particolare si chiede di prestare particolare attenzione alla descrizione delle rampe (calcolo pendenza) e/o dei dispositivi meccanici che si prevede di utilizzare nel caso in cui siano presenti gradini all'ingresso degli edifici e/o lungo i percorsi esterni e interni alla struttura;
8. Ove necessario, si richiede l'invio di un documento che descriva, anche con l'ausilio di tavole grafiche, le caratteristiche tecniche dell'impianto di ventilazione forzata installato all'interno della struttura, il cui utilizzo è richiesto nei locali con permanenza di persone in modo continuativo, dove non sono rispettati i rapporti aeranti minimi stabiliti dalla normativa vigente;
9. Certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.