REGIONE MARCHE
Giunta regionale

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

Marca da bollo

MOD. AUT 1-C CD

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DI SEDE ADIBITA ALL'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 al trasferimento** ai sensi della D.G.R. 06/2023 della/e 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.

Tipologia sede:……
(ambulatorio, studio, struttura ospedaliera, erogazione esclusiva cure domiciliari ecc.)

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 ……

DESCRIVERE L'OGGETTO DEL TRASFERIMENTO (indicare indirizzo nuova/e sede/i):

……..……

……..

….……..

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;

☐ di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla realizzazione/ esercizio ai sensi della D.G.R. 06/2023 per la quale allega copia dell'autorizzazione n.……rilasciata il ……/……./…….dalla Regione Marche;

☐ 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 nuova 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;

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

- (da compilare con i dati della sede organizzativa, *se sono sedi coincidenti*)
  che **la nuova 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;
- (da compilare se sono previste più sedi operative distinte dalla sede organizzativa)
  che **la nuova 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 nuova 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 nuova 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 Impresec/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 ……..;
  - ○ 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 dell'autorizzazione alla realizzazione e/o all'esercizio;
3. Copia della ricevuta di versamento del bollo digitale o marce da bollo barrata con segno grafico;
4. 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;
5. Schede del manuale Regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
6. 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;
7. 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;
8. 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;
9. 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;
10. Certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.