

MOD. AUT 2 - AMB/STUDI

Marca da bollo

AL COMUNE/SUAP DI

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURE (OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE), CHE EROGANO 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 denominata:

_____ di
con sede in via/piazza _____ N. _____
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

con riferimento ai requisiti previsti dal manuale Regionale di autorizzazione di cui alla D.G.R. n. _____ del _____

COMUNICA

- di NON essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione
- di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla **realizzazione**, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. _____ rilasciata il ____/____/____ dal Comune/SUAP di _____
- di essere già in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'**esercizio**, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. _____ rilasciata il ____/____/____ dal Comune/SUAP di _____
- che la struttura ubicata ad _____ in via _____ n. _____ distinta al Catasto Fabbricati al Foglio _____ particella _____ sub _____ è autorizzata temporaneamente ai sensi della L.R. 21/2016, art. 22.(*)

(*)da compilare per le strutture pubbliche

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 Sanitario per quanto di competenza:

DICHIARA

che la struttura ubicata ad _____ 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 la struttura (*) ubicata ad _____ in via _____ n. _____ distinta al Catasto Fabbricati al Foglio _____ particella _____ sub _____ rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti 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 strutture di cui all'art. 7 comma 2 della L.R. 21/2016 non soggette al preventivo rilascio dell'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 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.

che la direzione/responsabilità sanitaria è affidata al
Dott. _____

nato a _____ il _____

Laureato in _____

presso l'Università di _____ il _____

specialista in* _____

*negli ambulatori odontoiatrici il direttore sanitario deve essere iscritto all'albo degli odontoiatri (ai sensi della L. 124/2017, art. 1, c. 153)

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.

(per gli ambulatori odontoiatrici) l'assenza di situazioni di incompatibilità del Direttore sanitario di cui al comma 155 dell'art. 1 della L 124/2017

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. Copia dell'Autorizzazione alla realizzazione (art. 8 L.R. 21/2016) e/o, se la struttura è già in esercizio, copia della precedente Autorizzazione all'esercizio;
4. Schede del manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario datate (tutte le pagine);
5. Planimetria della struttura in scala 1:100 sottoscritta da tecnico abilitato, riportante le altezze, la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, la superficie netta, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari (nel bagno handicap la rotazione della carrozzella), le dimensioni di porte e finestre. 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;
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. Per i Centri Trasfusionali e UDR compilare l'apposito Modello integrativo da inviare direttamente all'OTA alla seguente pec: ota.aut2.esercizio@emarche.it;
8. Cronoprogramma degli adeguamenti, ove previsti;
9. Se la struttura è inserita all'interno di una struttura ospedaliera, allegare l'esito della valutazione antisismica, ove prevista dalla normativa vigente;
10. Certificato di Agibilità/Segnalazione Certificata di Agibilità;
11. Dichiarazione di conformità alla normativa in materia di superamento delle barriere architettoniche dell'intera struttura ai sensi del Decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236 da parte di un tecnico abilitato;
12. Certificato di prevenzione incendi o SCIA antincendio ove previsti. In caso di attività non soggetta alla normativa antincendio: dichiarazione di non asseverabilità dell'attività svolta alla normativa antincendio.