DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Marca da bollo

AL COMUNE DI

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

MOD. AUT 2 - OSP

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO O DIURNO PER ACUTI, 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 _____

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CHIEDE

Il rilascio dell'**autorizzazione all'esercizio** dell'attività sanitaria

nella struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti denominata:

_____

con sede in via/piazza_____N._____ di

codesto Comune

Tipologia della struttura (*specificare codice regolamento regionale*)

_____

_____

in regime:

☐ regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno con n. _____posti letto

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 _____

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. _____(di cui si allega copia, nel caso in cui la struttura non sia stata ancora autorizzata all'Esercizio) 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 _____
è autorizzata temporaneamente ai sensi della L.R. 21/2016, art. 22.(*)

(*)da compilare per le strutture pubbliche

☐ - che per l'immobile di cui sopra è già stato rilasciato il certificato di agibilità/presentata la segnalazione certificata di agibilità prot._____del_____;

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

☐ 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 procedi-mento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

☐ che la struttura oggetto dell'istanza (barrare l'opzione che interessa)

☐ è soggetta ☐ non è soggetta

alla Valutazione Antisismica ai sensi della normativa vigente

che la direzione/responsabilità sanitaria è affidata al
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/Responsabile di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

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. schede del manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario datate (tutte le pagine);
4. planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
5. 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. Esito della Valutazione Antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente;
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;
8. Per i Centri Trasfusionali e UDR compilare l'apposito Modello integrativo da inviare direttamente all'OTA alla seguente pec: ota.aut2.esercizio@emarche.it;
9. Cronoprogramma degli adeguamenti, ove previsti;
10. Certificato di Agibilità/Segnalazione Certificata di Agibilità;
11. Dichiarazione di conformità alla normativa in materia di superamento delle barriere architettoni- che 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 assogettabilità dell'attività svolta alla normativa antincendio.