Amministrazione destinataria

Regione Marche

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di autorizzazione all'esercizio di una struttura sanitaria extraospedaliera o socio-sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale (Modello AUT2-RES)

Ai sensi dell'articolo 9 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale | **Tipologia**

Sede legale

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Codice Fiscale | **Partita IVA**

Telefono | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | **Provincia** | **Numero Iscrizione**

Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA) | **Provincia** | **Numero iscrizione**

da non usare per presentazione cartacea

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

in relazione alla struttura

Classificazione struttura

- ○ privata
- ○ pubblica

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'articolo 9 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21

- ○ sanitaria extraospedaliera
- ○ sociosanitaria

Prestazione (denominazione per esteso della codifica paragrafo)

Codifica paragrafo

Nome della struttura (ad esempio "Comunità Felice")

Numero posti/posti letto

Con riferimento ai requisiti previsti dal manuale Regionale di autorizzazione di cui alla D.G.R.

Numero **Data**

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed impiantistici riportati nel manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della Legge regionale 30/09/2016, n. 21 e allegati alla presente domanda.

con sede in

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							☐

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento ***(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")***

il procedimento riguarda ulteriori immobili

da non usare per presentazione cartacea

COMUNICA

di essere in possesso, per la struttura in oggetto

- ☐ autorizzazione alla realizzazione
  - ☐ ai sensi della Legge regionale 30/09/2016, n. 21
  - ☐ ai sensi della Legge regionale 16/03/2000, n. 20
  - ☐ ai sensi della Legge regionale 06/11/2002, n. 20
- ☐ autorizzazione all'esercizio
  - ☐ ai sensi della Legge regionale 30/09/2016, n. 21
  - ☐ ai sensi della Legge regionale 16/03/2000, n. 20
  - ☐ ai sensi della Legge regionale 06/11/2002, n. 20

Classificata con codice ORPS

Autorizzazione

☐ per la quale allega copia dell'autorizzazione

Numero autorizzazione	**Data**	**Comune/SUAP**

☐ provvisoriamente autorizzata ai sensi dell'articolo 22, comma 2 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21
(solo per i soggetti pubblici)
(allegare eventuale autocertificazione di cui alla DGR 310/2002)

La struttura è operativa

○ si

Per numero/posti letto

○ no

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

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 per l'immobile di cui sopra è già stato rilasciato il certificato di agibilità o presentata la segnalazione certificata di agibilità

Protocollo	**Data**

☐ che la struttura è stata realizzata in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione rilasciata

Protocollo	**Data**

e rispetta i requisiti minimi del manuale regionale di autorizzazione

Numero	**Data**

da non usare per presentazione cartacea

☑ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159

☑ che la struttura oggetto dell'istanza

- ○ è soggetta alla valutazione antisismica ai sensi della normativa vigente
- ○ non è soggetta alla valutazione antisismica ai sensi della normativa vigente

☑ che il Direttore Sanitario 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'articolo 10 della Legge regionale 2016

la direzione sanitaria/responsabilità di struttura è affidata a

Titolo	Cognome	Nome	Codice Fiscale

Possesso Partita IVA	Partita IVA	Albo o Ordine	Sezione	Regione	Provincia	Numero iscrizione

Laureato in	Università di	Specialista in

☐ **referente per la pratica**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

da non usare per presentazione cartacea

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ documentazione attestante la proprietà dell'immobile
- ☑ planimetria dei locali
- ☑ schede del manuale regionale relative ai requisiti generali e specifici compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina (in caso di strutture private) o compilate, datate e sottoscritte dal responsabile di struttura struttura/coordinatore dell'ATS/assistente sociale dell'ente titolare o, per le strutture del SSR, dal direttore di distretto (in caso di strutture pubbliche)
- ☐ autorizzazione alla realizzazione e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente rilasciata dal SUAP/Comune
- ☐ cronoprogramma degli adeguamenti, ove previsti
- ☐ certificato di agibilità o segnalazione certificata di agibilità
- ☐ dichiarazione di conformità alla normativa in materia di superamento delle barriere architettoniche dell'intera struttura ai sensi del Decreto del Ministro dei lavori pubblici 14/06/1989, n. 236 da parte di un tecnico abilitato
- ☐ certificato di prevenzione incendi o SCIA antincendio ove previsti. In caso di attività non soggetta alla normativa antincendio: dichiarazione di non assoggettabilità dell'attività svolta alla normativa antincendio
- ☐ esito della valutazione antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente
- ☐ copia del permesso di soggiorno
  (da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ☐ ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria
  (da allegare se previsti)
- ☑ pagamento dell'imposta di bollo
- ☐ ulteriori immobili oggetto del procedimento
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante	il direttore sanitario

documento non usare per presentazione cartacea