

**Amministrazione destinataria**

Regione Marche

**Ufficio destinatario**

Ufficio Protocollo



## Domanda di autorizzazione all'esercizio di strutture (ospedaliere ed extraospedaliere) che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, degli studi professionali e degli stabilimenti termali (Modello AUT2-AMB/STUDI)

*Ai sensi dell'articolo 7, comma 2 e 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
								<input type="checkbox"/>	

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
								<input type="checkbox"/>	

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

**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

--

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge regionale

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria nella struttura denominata

Denominazione della struttura

Tipologia della struttura (denominazione per esteso della codifica paragrafo)

Tipologia della struttura (specificare codice regolamento regionale)

Tipologia della struttura

- struttura ospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale
- struttura extraospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale
- stabilimento termale
- studio e/o strutture di cui all'articolo 7, comma 2 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21

### con sede in

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
							<input type="checkbox"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

### COMUNICA

- di non essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione
- di essere di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla realizzazione, per la quale allega copia dell'autorizzazione

Numero autorizzazione	Data autorizzazione	Comune/SUAP

- di essere di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio, per la quale allega copia dell'autorizzazione

Numero autorizzazione	Data autorizzazione	Comune/SUAP

- che la struttura è autorizzata temporaneamente ai sensi dell'articolo 22 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21  
(da compilare per le strutture pubbliche)

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

- che la struttura 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
- che la struttura 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 Legge regionale 30/09/2016, n. 21 e allegati alla presente domanda  
*(da compilare per le sole strutture di cui all'articolo 7, comma 2 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21 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

Numero protocollo

Data protocollo

- 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 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
  - l'assenza di situazioni di incompatibilità del Direttore sanitario di cui al comma 155 dell'articolo 1 della Legge 04/08/2017 n. 124 *(per gli ambulatori odontoiatrici)*
- 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

#### 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	

### Elenco degli allegati

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

- copia dell'autorizzazione alla realizzazione (art. 8 Legge regionale 21/2016) e/o, se la struttura è già in esercizio, copia della precedente autorizzazione all'esercizio
- schede del manuale regionale di autorizzazione firmate per esteso dal responsabile della singola struttura organizzativa e dal direttore sanitario datate
- planimetria della struttura in scala 1:100, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, quotata, riportante la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, le altezze, la superficie netta, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari, il layout di una carrozzella comprovante l'abbattimento delle barriere architettoniche, le dimensioni di porte e finestre
- 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