

Amministrazione destinataria

Regione Marche

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo



Domanda di autorizzazione alla realizzazione per l'erogazione di cure domiciliari di livello base, di I, II e III livello

Ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale 16/01/2023, n. 6

Il sottoscritto Cognome		Nome			Codice Fis	scale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	nza			
Residenza									
Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elet	tronica cert	ificata		
in qualità di (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica) Ruolo									
Denominazione/Ragione so	ociale				Tipologia				
Sede legale Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
Codice Fiscale Partita IVA									
Telefono		Posta elettronica ordinaria			Posta elet	ttronica cert	ificata	1	
Iscrizione al Registro Impre	se della Camera di Commerci	io		Provincia	Numero Is	scrizione			
Iscrizione al Repertorio Eco	nomico e Amministrativo (RE	EA)		Provincia	Numero is	scrizione			

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 r	elazione alla struttura											
Class	sificazione struttura											
0	privata											
0	pubblica											
	Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti											
	programmazione o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge											
re	gionale											
CHIEDE												
ľa	utorizzazione per l'ampliamento della struttura adibita a											
	sede organizzativa di un'organizzazione che eroga prestazioni di cure domiciliari											
	sede operativa di un'organizzazione che eroga prestazioni di cure domiciliari											
Livel	lo struttura											
0	di livello base											
0	di I livello											
0	di II livello											
0	di III livello											
Tipo	logia dell'organizzazione											
Deno	ominazione											
avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed impiantistici												
rip	ortati nel manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della Legge regionale 30/09/2016, n. 21 e allegati alla											
pre	esente domanda.											
	n sede in o U.I.U.											
P.1.	o U.I.U. Cod. cat. Sezione Foglio Particella Subalterno Categoria Visura											
Prov	vincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP											
	riori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")											
il p	procedimento riguarda ulteriori immobili											
	COMUNICA											
	che l'organizzazione, antecedentemente alla data di presentazione della presente richiesta, non ha erogato servizi di											
_	cure domiciliari											
	she la sede enerativa seincide sen la sede erganizzativa											
	che la sede operativa coincide con la sede organizzativa											
che la sede operativa non coincide con la sede organizzativa												
Va	lendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n.											
	5, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n.											
	5 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,											
	DICHIARA											
✓	che la struttura adibita a sede organizzativa 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 struttura adibita a sede operativa 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											
	di non essere proprietario dell'unità immobiliare e di essere in possesso di contratto/atto per la gestione dell'unità											
	immobiliare											
✓	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 soggetto privato richiedente l'autorizzazione in oggetto											

referente per la pratica												
Cognome	Nome	Codice Fis	scale									
Data di nascita Ses	sso Luogo di nascita	Cittadina	ıza									
Telefono cellulare Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elei	tronica certificata									
*	Elenco deg	li allegati										
planimetria della struttura in di ogni locale con la relativo disposizione delle attrezzato barriere architettoniche, le consiste schede dei requisiti general legale rappresentante o suo copia del permesso di soggio (da allegare in caso di cittadino extrato dei dia (da allegare se previsti) ricevuta di pagamento dei dia (da allegare se previsti) pagamento dell'imposta di bulleriori immobili oggetto de	e tutti gli allegati richiesti in fase di prese n scala 1:100, datata e sottos va destinazione d'uso, le alt ure, degli arredi e dei sanitari, dimensioni di porte e finestre i e dei requisiti specifici (non o delegato orno comunitario) ritti di segreteria	entazione della pratica ed elencati su ccritta da tecnico abilitato, c ezze, la superficie netta, i il layout di una carrozzella	l portale) Juotata, riportante la numerazione rapporti aeranti e illuminanti, la comprovante l'abbattimento delle regionale datate e sottoscritte dal									
☐ altri allegati												
dichiara di aver preso visior		016/679 e del Decreto Legislativo 30 trattamento dei dati pers	o/06/2003, n. 196) onali pubblicata sul sito internet rmazioni trasmesse all'atto della									
Luogo	Data	il dichiara	nte									
Luogo	Datā	II dichiara	inte									