

**Amministrazione destinataria**

Regione Marche

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo



Domanda per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti (Modello AUT2-OSP)

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

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 sanitarie in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti, 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 Legge regionale 30/09/2016, n. 21

CHIEDE

l'autorizzazione all'esercizio dell'attività della struttura sanitaria in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti denominata

Denominazione struttura

Tipologia della struttura (specificare codice regolamento regionale)

Numero 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

COMUNICA

- ☐ di non essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della Legge regionale 16/03/2000, n. 20
- ☐ di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della Legge regionale 16/03/2000, n. 20

Numero

Data

Comune di riferimento

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 è stata realizzata in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione rilasciata

Protocollo

Data

e rispetta i requisiti minimi di cui al vigente manuale regionale

- ☐ 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)
- ☒ 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 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 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

Elenco degli allegati

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

- ☒ planimetria dei locali
- ☒ schede del manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario datate (tutte le pagine)
- ☐ autorizzazione alla realizzazione e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente rilasciata dal SUAP/Comune
- ☐ relazione tecnico sanitaria datata e sottoscritta dal tecnico abilitato
(da allegare per le strutture di cui all'articolo 7, comma 2 non soggette ad autorizzazione alla realizzazione di cui all'articolo 8)
- ☐ 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.