

**Amministrazione destinataria**

Regione Marche

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza dei requisiti
di un presidio sanitario o socio-sanitario**

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	Tipologia									
Denominazione/Ragione sociale										
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

della struttura sanitaria o socio-sanitaria denominata

Denominazione

Tipologia prestazioni

Codifica Regolamento regionale 01/02/ 2018, n. 1

Numero posti/posti letto (solo per gli ospedali e le strutture residenziali e semiresidenziali)

dello studio odontoiatrico, medico o altra professione sanitaria

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

in possesso dell'autorizzazione all'esercizio

Numero autorizzazione	Data	Ente 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 veritieri e di falsità in atti,

DICHIARA

ai fini della verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio di attività sanitaria, così come previsto dall'articolo 13, comma 2 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21, che il presidio ha mantenuto i requisiti minimi strutturali, tecnologici-impiantistici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie previsti dalla

- strutture sanitarie extraospedaliere o sociosanitarie
 - DGR n. 2200/2000
 - DGR n. 937/2020 e DGR n. 938/2020
 - DGR n. 1412/2023
- strutture ospedaliere
 - DGR n. 2200/2000
 - DGR n. 1669/2019
 - DGR n. 1468/2023
- strutture ambulatoriali, studi professionali, terme
 - DGR n. 2200/2000
 - DGR n. 1571/2019
 - DGR n. 214/2023
 - DGR n. 1469/2019
- strutture laboratoriali
 - DGR n. 2200/2000
 - DGR n. 1573/2019
 - DGR n. 1559/2022

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)

- n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
(da allegare se previsti)
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati *(specificare)*

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