


**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
					<input type="checkbox"/>
					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
					<input type="checkbox"/>
					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 autorizzazione

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 veritiere 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)*

dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soggetti (Allegato A)

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

#### 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