



Amministrazione destinataria
 Regione Marche
Ufficio destinatario
 Ufficio Protocollo



Domanda di autorizzazione all'esercizio di una struttura sanitaria extraospedaliera o socio-sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale (Modello AUT2-RES CASE-MIX)

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
								<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

in relazione alla struttura

Classificazione struttura

- privata
 pubblica

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'articolo 9 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21

- sanitaria extraospedaliera
 sociosanitaria

Prestazione (denominazione per esteso della codifica paragrafo)

Codifica paragrafo

Nome della struttura (ad esempio "Comunità Felice")

Numero posti/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

CHIEDE INOLTRE

al fine di garantire la continuità assistenziale della persona (case mix), di valutare anche il possesso dei requisiti

Codifica paragrafo

fino ad un massimo del

Quota

%

rispetto al modulo in oggetto (come indicato nella scheda introduttiva di ciascun modulo - "capacità ricettiva e tipo di organizzazione").

Codifica paragrafo

fino ad un massimo del

Quota

%

rispetto al modulo in oggetto (come indicato nella scheda introduttiva di ciascun modulo - "capacità ricettiva e tipo di organizzazione").

COMUNICA

di essere in possesso, per la struttura in oggetto

- autorizzazione alla realizzazione
 - ai sensi della Legge regionale 30/09/2016, n. 21
 - ai sensi della Legge regionale 16/03/2000, n. 20
 - ai sensi della Legge regionale 06/11/2002, n. 20
- autorizzazione all'esercizio
 - ai sensi della Legge regionale 30/09/2016, n. 21
 - ai sensi della Legge regionale 16/03/2000, n. 20
 - ai sensi della Legge regionale 06/11/2002, n. 20

Classificata con codice ORPS

Autorizzazione

- per la quale allega copia dell'autorizzazione

Numero autorizzazione

Data

Comune/SUAP

- provvisoriamente autorizzata ai sensi dell'articolo 22, comma 2 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21
(solo per i soggetti pubblici)
(allegare eventuale autocertificazione di cui alla DGR 310/2002)

La struttura è operativa

- sì

Per numero/posti letto

- no

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

- di essere proprietario dell'unità immobiliare
(allegare documentazione idonea)
- di non essere proprietario dell'unità immobiliare e di essere in possesso di contratto/atto per la gestione dell'unità immobiliare
- che per l'immobile di cui sopra è già stato rilasciato il certificato di agibilità o presentata la segnalazione certificata di agibilità

Protocollo	Data

- 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 del manuale regionale di autorizzazione

Numero	Data

- 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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Elenco degli allegati

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

- documentazione attestante la proprietà dell'immobile
- planimetria dei locali
- schede del manuale regionale relative ai requisiti generali e specifici compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina (in caso di strutture private) o compilate, datate e sottoscritte dal responsabile di struttura/struttura/coordinatore dell'ATS/assistente sociale dell'ente titolare o, per le strutture del SSR, dal direttore di distretto (in caso di strutture pubbliche)
- autorizzazione alla realizzazione e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente rilasciata dal SUAP/Comune
- 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo	Data	il dichiarante	il direttore sanitario