

Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario



**Domanda per l'autorizzazione al trasferimento di una struttura sanitarie e/o socio sanitarie già in esercizio nel territorio dello stesso distretto sanitario**

*Ai sensi dell'articolo 8-bis e dell'articolo 8-ter del Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e della Deliberazione della Giunta regionale 31/12/2001, n. 7301*

**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 certificata

\_\_\_\_\_

## CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento della struttura sanitaria e/o socio sanitaria

- di una struttura sanitaria (o socio-sanitaria)
- di uno studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

### ubicata in codesto Comune

| P.T. o U.I.U. | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura                   |                          |     |
|---------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
|               |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |                          |     |
| Provincia     | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Interno    | Scala     | Piano                    | SNC                      | CAP |
|               |           |           |        |            |            |           |                          | <input type="checkbox"/> |     |

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

### attualmente ubicata nel Comune di

| P.T. o U.I.U. | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura                   |                          |     |
|---------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
|               |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |                          |     |
| Provincia     | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Interno    | Scala     | Piano                    | SNC                      | CAP |
|               |           |           |        |            |            |           |                          | <input type="checkbox"/> |     |

### dalle seguenti caratteristiche

(da compilare solo in caso di struttura sanitaria (o socio-sanitaria))

| <b>Denominazione</b>  |            |             |
|---|------------|-------------|
|   |            |             |
| <b>Prestazioni erogate</b>                                  |            |             |
|   |            |             |
| <b>Regime</b>   |            |             |
|   |            |             |
| <b>Numero posti letto a ciclo continuativo/residenziali</b> |            |             |
|   |            |             |
| <b>Numero posti letto a ciclo diurno/semi residenziali</b>  |            |             |
|   |            |             |
| Codice  | Disciplina | Posti letto |
|   |            |             |
|   |            |             |
|   |            |             |
|   |            |             |
|   |            |             |

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione alla realizzazione per trasferimento sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nella Deliberazione della Giunta regionale 31/12/2001, n. 7301 e ai requisiti minimi definiti con la medesima deliberazione. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio del titolo abilitativo edilizio, se dovuta.

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 il trasferimento non comporta ampliamento e trasformazione della struttura e che la struttura ha attualmente le seguenti caratteristiche

*(da compilare solo in caso di struttura sanitaria (o socio-sanitaria))*

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Denominazione</b>  |  |   |
|   |  |   |
| <b>Numero autorizzazione all'esercizio (*)</b>                      | <b>Data autorizzazione all'esercizio (*)</b> | <b>Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio (*)</b> |
|   |  |   |
| <b>Prestazioni attualmente erogate</b>                              |  |   |
|   |  |   |
| <b>Regime</b>   |  |   |
|   |  |   |
| <b>Numero attuali posti letto a ciclo continuativo/residenziali</b> |  |   |
|   |  |   |
| <b>Numero attuali posti letto a ciclo diurno/semi residenziali</b>  |  |   |
|   |  |   |

(\*) indicare l'ultimo provvedimento autorizzativo, se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali allegare alla presente un elenco contenente gli estremi degli ultimi atti autorizzativi

*(da compilare solo in caso di studio odontoiatrico/medico o di altra professione sanitaria soggetto ad autorizzazione all'esercizio)*

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Numero autorizzazione all'esercizio</b> | <b>Data autorizzazione all'esercizio</b> | <b>Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio</b> |
|  |  |   |

### referente per la pratica

|                           |                       |                                    |                                      |
|---------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Cognome</b>            | <b>Nome</b>           | <b>Codice Fiscale</b>              |                                      |
|                           |                       |                                    |                                      |
| <b>Data di nascita</b>    | <b>Sesso</b>          | <b>Luogo di nascita</b>            | <b>Cittadinanza</b>                  |
|                           |                       |                                    |                                      |
| <b>Telefono cellulare</b> | <b>Telefono fisso</b> | <b>Posta elettronica ordinaria</b> | <b>Posta elettronica certificata</b> |
|                           |                       |                                    |                                      |

### Elenco degli allegati

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

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | progetto della struttura sanitaria e/o socio sanitaria  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | pagamento dell'imposta di bollo   |
| <input type="checkbox"/>            | ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria<br><i>(da allegare se previsti)</i>           |
| <input type="checkbox"/>            | ulteriori immobili oggetto del procedimento   |
| <input type="checkbox"/>            | copia del permesso di soggiorno<br><i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i> |
| <input type="checkbox"/>            | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura                            |
| <input type="checkbox"/>            | 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.