

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

II sottos	ritto										
Cognome				Nome			Codice Fis	cale			
Data di nascit	ta		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	ıza			
Residenza Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
			1								
Telefono cellu	ulare	Telefono fiss	0	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata						
in qualità di (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica) Ruolo											
Denominazio	ne/Ragione so	ciale			*		Tipologia				
Sede legale										-	
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale	e				Partita IVA						4
										4	
Telefono				Posta elettronica ordinaria			Posta elet	tronica cer	tificata		
Iscrizione al F	Registro Impre	se della Came	a di Commerci	0		Provincia	Numero Is	scrizione			
Iscrizione al F	Repertorio Eco	nomico e Amm	inistrativo (RF	Α)		Provincia	Numero is	crizione			
		.cico e Alliii	Julius (NE	•		Julia	indine. o is				

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'autorizzaz	ione al trasferim	ento della s	struttura	sanitaria e	!/o socio sa	ınıtarıa				
O di una struttura sanitaria (o socio-sanitaria)										
O di uno studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria										
ubicata in codesto Com P.T. o U.I.U.	une Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura			
Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР	
Ulteriori immobili oggetto del pro il procedimento riguarda		odulo "ulteriori ulteriori ir		etto del procedi	imento")					
attualmente ubicata ne	el Comune di									
P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura			
Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
dalle seguenti caratteristiche										
(da compilare solo in caso di strutturo		ria))								
Denominazione										
Prestazioni erogate	7				1					
Pogimo										
Regime										
Numero posti letto a ciclo continuativo/residenziali										
Numero posti letto a ciclo diurno/semi residenziali										
Codice	Disciplina							Posti letto		
		· ·								
					5			1		

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione alla realizzazione per trasferimento sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle diposizioni 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))

Denominazione									
Numero autorizzazione all'eserciz (*)	zio Data autorizzazione all'esercizio (*)	Ente di riferimento autorizzazione a	ll'esercizio (*)						
Prestazioni attualmente erogate									
Regime									
Numero attuali posti letto a ciclo d	continuativo/residenziali								
Numero attuali posti letto a ciclo d	diurno/semi residenziali								
V0									
(*) indicare l'ultimo provvedir	mento autorizzativo, se riferito a tutte	le attività della struttura; in cas	o di autorizzazioni parziali allegare alla presente un						
elenco contenente gli estremi									
(da compilare solo in caso di stu	udio odontoiatrico/medico o di altra profes	sione sanitaria soggetto ad autoriz	zazione all'esercizio)						
Numero autorizzazione all'eserciz	zio Data autorizzazione all'esercizio	Ente di riferimento autorizzazione a	ll'esercizio						
referente per la prati	ica								
Cognome	Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita	Sesso Luogo di nascita		Cittadinanza						
Telefono cellulare Telef	fono fisso Posta elettronica o	dinaria	Posta elettronica certificata						
Telefolio centitale	Total electronica of	alliana v							
	Ele	nco degli allegati							
		fase di presentazione della pratica ed el	encati sul portale)						
	ttura sanitaria e/o socio sanitari								
✓ pagamento dell'imp	posta di bollo								
ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria									
(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 (specifica	re)								
	Informativa sul t	rattamento dei dati perso	nali						
(ai sen	nsi del Regolamento Comunitario 27/04/2	•							
			lati personali pubblicata sul sito internet						
			7.4						
	N.:		II diskingste						
Luogo	Data		il dichiarante						