



Amministrazione destinataria

Comune di Vasto

Ufficio destinatario

SUAP - Ambiente e Sanità

## Domanda per autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria

*Ai sensi dell'articolo 11 della Legge Regionale 31/07/2007, n. 32*

### Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
-----------------	-------	------------------	--------------

Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	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	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
---	-----------	-------------------

Posizione INAIL	Codice INAIL impresa
-----------------	----------------------

### 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 all'esercizio dell'attività di

<input type="radio"/>	struttura sanitaria o socio sanitaria
Denominazione struttura	
Prestazioni erogate	
In regime di	
Numero di posti letto in dotazione (nel caso di struttura di tipo residenziale)	
<input type="radio"/>	studio di professione sanitaria
Studio di professione sanitaria	

**sita in**  
*(in caso di trasferimento della sede inserire la nuova sede operativa)*

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura	
							<input type="checkbox"/>	
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	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

Agibilità dei locali	Protocollo	Data

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 consapevole che è vietata la realizzazione di strutture sanitarie o socio-sanitarie non compatibili con gli strumenti della programmazione sanitaria regionale previsti dalla Legge Regionale 31/07/2007, n. 32 modificata dalla Legge Regionale 02/05/2016, n. 12
- di essere consapevole che le stesse strutture devono rispettare i requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici previsti nel manuale di autorizzazione
- di rientrare nella casistica di cui all'articolo 11, comma 1 della Legge Regionale 31/07/2007, n. 32 e di ottemperare alle eventuali prescrizioni impartite dalla AUSL finalizzate a che la struttura rispetti la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro nel rispetto dei requisiti minimi indicati nei relativi manuali autocompilati e firmati (per singola pagina) dal responsabile della struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di attività oggetto di autorizzazione

### direttore sanitario

*(il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali solpra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non eserciterà altre attività incompatibili)*

Cognome	Nome	Codice Fiscale							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata						

Laureato in	Presso l'Università degli Studi di	
Specialista in	Iscritto presso l'ordine dei	Della Provincia di

**referente per la pratica**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
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)*

- manuali requisiti minimi autocompilati e firmati (per singola pagina) dal responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di attività oggetto di autorizzazione
- planimetria della struttura e dei relativi locali in scala opportuna (1:50 o 1:100), redatta e firmata da un tecnico abilitato iscritto all'albo e controfirmata dal titolare della struttura o dal legale rappresentante indicando, per ogni locale interessato dalla presente istanza o comunque comune ad altre attività, la destinazione d'uso, la superficie, l'altezza e la superficie finestrata apribile e le attrezzature ivi collocate
- titolo di godimento del locale o immobile utilizzato  
*(se non già prodotto in caso di precedente domanda di autorizzazione)*
- modello di asseverazione tecnica D2 (per strutture già esistenti) o attestazione del completamento della pratica edilizia
- nomina e accettazione del direttore sanitario, quando la struttura lo richiede
- documentazione attestante il possesso dei requisiti professionali del professionista sanitario o del direttore sanitario
- autocertificazione concernente la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi (per strutture già autorizzate)
- documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nei manuali con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito
- autocertificazione sul possesso dei requisiti soggettivi, in caso di studio associato, per ognuno degli associati
- delega a rappresentare in caso di studio associato
- estremi del certificato di conformità dell'impianto elettrico valido e di relativa allegata relazione tecnica
- ricevuta dei diritti sanitari
- pagamento dell'imposta di bollo
- 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.

Vasto

Luogo

Data

il dichiarante