



Amministrazione destinataria
 Comune di Filottrano

 Ufficio destinatario
 S.U.A.P.



Domanda di autorizzazione all'esercizio di strutture (ospedaliere ed extraospedaliere) che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, degli studi professionali e degli stabilimenti termali

Ai sensi dell'articolo 8 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	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	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

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge regionale

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria nella struttura denominata

Denominazione della struttura									
Tipologia della struttura (denominazione per esteso della codifica paragrafo)									
Tipologia della struttura (specificare codice regolamento regionale)									
Tipologia della struttura									
<input type="radio"/> struttura ospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale									
<input type="radio"/> struttura extraospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale									
<input type="radio"/> stabilimento termale									
con sede in									
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									

COMUNICA

- di non essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione
- di non essere di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla realizzazione

Numero autorizzazione	Data	Comune/SUAP

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 la struttura rispetta i requisiti minimi del manuale regionale di autorizzazione
- che la struttura rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi di cui al manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21 e allegati alla presente domanda

(da compilare per le sole strutture di cui all'articolo 7, comma 2 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21 non soggette al preventivo rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione)

- che per l'immobile di cui sopra è già stato rilasciato il certificato di agibilità/presentata la segnalazione certificata di agibilità

Numero protocollo	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

la direzione sanitaria/responsabilità di struttura è affidata a

Titolo	Cognome	Nome	Codice Fiscale		
Partita IVA	Albo o Ordine	Sezione	Regione	Provincia	Numero iscrizione
Laureato in	Università di		Specialista in		

 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)

- accettazione dell'incarico da parte del direttore sanitario/responsabile di struttura all'interno della quale dichiara che i titoli personali indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e l'assenza di situazioni di incompatibilità del direttore sanitario di cui all'articolo 10, commi 5 e comma 6 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21
- 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 (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.

Filottrano

Luogo

Data

il dichiarante