



Amministrazione destinataria
 Comune di Filottrano
 Ufficio destinatario
 S.U.A.P.



Domanda di autorizzazione alla trasformazione 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

l'autorizzazione per

- trasformazione strutturale
 trasformazione di funzioni
 trasformazione strutturale e di funzioni

della struttura sanitaria in regime ambulatoriale denominata

Denominazione della struttura

Tipologia della struttura (denominazione per esteso della codifica paragrafo)

Tipologia della struttura (specificare codice regolamento regionale)

Tipologia della struttura

- struttura ospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale
 struttura extraospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale
 stabilimento termale

Oggetto della trasformazione

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

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 essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio:

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 è stata presentata contestualmente alla presente, istanza di permesso di costruire per le opere da realizzare a firma del soggetto legittimato

Numero protocollo	Data

- che non saranno eseguite opere in quanto la struttura è già idonea e legittimata con atto

Tipologia (PDC, SCIA, ecc.)	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

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)

- planimetria raffigurante lo stato attuale della struttura
- planimetria della struttura in scala 1:100, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, quotata, riportante la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, le altezze, la superficie netta, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari, il layout di una carrozzella comprovante l'abbattimento delle barriere architettoniche, le dimensioni di porte e finestre
- relazione tecnica, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, che illustri come viene soddisfatto ogni singolo requisito strutturale impiantistico e tecnologico previsto nelle schede dei requisiti generali e dei requisiti specifici del manuale Regionale e la individuazione degli stessi nei locali numerati della planimetria
- schede dei requisiti generali e dei requisiti specifici (non organizzativi) del manuale regionale datate e sottoscritte dal legale rappresentante o suo delegato
- asseverazione del tecnico abilitato che dia garanzia del rispetto dei requisiti previsti nelle schede di riferimento del manuale regionale di autorizzazione
- 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

Filottrano		
Luogo	Data	il dichiarante