



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



## Domanda di autorizzazione all'esercizio per l'erogazione di cure domiciliari di livello base, di I, II e III livello

*Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 16/01/2023, n. 6*

### 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

--

**in relazione alla struttura****Classificazione struttura**

- privata
- pubblica

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 all'esercizio della struttura adibita a

- sede organizzativa di un'organizzazione che eroga prestazioni di cure domiciliari
- sede operativa di un'organizzazione che eroga prestazioni di cure domiciliari

**Livello struttura**

- di livello base
- di I livello
- di II livello
- di III livello

**Tipologia dell'organizzazione****Denominazione****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 alla realizzazione/esercizio

Numero autorizzazione	Data	Comune/SUAP
<b>Codice ORPS</b>		

- che l'organizzazione, antecedentemente alla data di pubblicazione del manuale di autorizzazione relativo alla presente richiesta, ha erogato servizi di cure domiciliari

- di livello base
- di I livello
- di II livello
- di III livello

- di essere in possesso del codice ORPS

Codice ORPS

- di non essere in possesso del codice ORPS
- che la sede operativa coincide con la sede organizzativa
- che la sede operativa non coincide con la sede organizzativa

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 adibita a sede organizzativa è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU
- che la struttura adibita a sede operativa è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU
- di non essere proprietario dell'unità immobiliare e di essere in possesso di contratto/atto per la gestione dell'unità immobiliare
- 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
- che il soggetto privato richiedente l'autorizzazione in oggetto

#### 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