



Amministrazione destinataria

Comune di Filottrano

Ufficio destinatario

S.U.A.P.



Domanda di autorizzazione alla realizzazione 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 |
| | | | | | |
| | | | | Interno | Scala |
| | | | | | Piano |
| | | | | | SNC |
| | | | | | CAP |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 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 |
| | | | | | |
| | | | | Interno | Scala |
| | | | | | Piano |
| | | | | | SNC |
| | | | | | CAP |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 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 per l'ampliamento 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**

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 | Interno | 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

- che l'organizzazione, antecedentemente alla data di presentazione della presente richiesta, non ha erogato servizi di cure domiciliari
 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

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 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
- schede dei requisiti generali e dei requisiti specifici (non organizzativi) del manuale regionale datate e sottoscritte dal legale rappresentante o suo delegato
- 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 AN

Luogo

Data

il dichiarante