



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



## Domanda di autorizzazione all'esercizio di strutture di medicina di laboratorio

*Ai sensi dell'articolo 9 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21*

<b>Il sottoscritto</b>											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
<b>in qualità di</b> <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia					
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	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

### CHIEDE

l'autorizzazione per l'esercizio della struttura di medicina di laboratorio denominata

#### Denominazione struttura

#### Tipologia della struttura

- laboratorio generale di base  
 laboratorio specializzato
- biochimica clinica e tossicologia
  - ematologia e coagulazione
  - microbiologia, virologia e sieroinmunologia
  - biologia molecolare
  - genetica molecolare e citogenetica
  - laboratorio di genetica molecolare e citogenetica (LGM)
- laboratorio generale di base con settori specializzati
- biochimica clinica e tossicologia
  - ematologia e coagulazione
  - microbiologia, virologia e sieroinmunologia
  - biologia molecolare
  - genetica molecolare e citogenetica
- punto prelievi

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 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)*

Filottrano		
Luogo	Data	il dichiarante