



Amministrazione destinataria

Comune di Filottrano

Ufficio destinatario

S.U.A.P.

**Comunicazione della variazione di requisiti non strutturali di una struttura sanitaria o socio sanitaria già autorizzata ai sensi dell'articolo 9 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21**

**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

### della struttura sanitaria/socio-sanitaria denominata

Denominazione

Tipologia prestazioni

Codifica Regolamento Regionale 01/02/ 2018, n. 1

Numero posti/posti letto (solo per gli ospedali e le strutture residenziali e semiresidenziali)

### dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

con sede in

Particella terreni o Unità imm. urbana Cod. cat. Sezione Foglio Particella Subalterno Categoria Visura

Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Piano SNC  CAP

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

## COMUNICA

le seguenti variazioni, non strutturali, da apportare al provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria/socio-sanitaria

Numero autorizzazione

Data

Variazione

- variazione del titolare/legale rappresentante  
(il nuovo titolare/legale rappresentante è il dichiarante)
- variazione della ragione sociale
- variazione della denominazione
- variazione della direzione sanitaria

### variazione della ragione sociale

Nuova ragione sociale

Dalla data del

### variazione della ragione sociale

Nuova denominazione della struttura

Dalla data del

**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