



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 _____ Interno _____ 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 _____ Interno _____ 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 o 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 o 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

Interno

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 o socio-sanitaria

Numero autorizzazione	Data	Ente di riferimento
Variazione		
<input type="radio"/>	variazione del titolare/legale rappresentante <i>(si intende che il nuovo titolare o legale rappresentante è il dichiarante)</i>	
<input type="radio"/>	variazione della ragione sociale	
<input type="radio"/>	variazione della denominazione	
<input type="radio"/>	variazione della direzione sanitaria	
<input type="checkbox"/>	variazione della ragione sociale	
Nuova ragione sociale		
Dalla data del		
<input type="checkbox"/>	variazione della denominazione	
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)
- 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