

Allo Sportello Unico _____ Comune / Comunità / Unione _____

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIE E SOCIOSANITARIE

(Ai sensi della L.R. 11/05/2017 n. 9 e s.m.i.)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (sempre necessario)

Cognome		Nome		Codice fiscale	
Data di nascita		Sesso	Cittadinanza		
		-	▼		
Luogo di nascita		Provincia	Stato		
Residenza		Comune	Provincia	Stato	CAP
Indirizzo		Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare		Fax	
PEC (Domicilio elettronico)			Email		
Cittadino					
<input type="radio"/> Comunitario		<input type="radio"/> Non comunitario		<input type="radio"/> Non comunitario e residente all'estero	
Permesso di soggiorno / carta di soggiorno n.		Rilasciato da		Data di rilascio	
Motivo del soggiorno				Valido fino al	
Estremi raccomandata				Rinnovato il	

PER CONTO DELLA DITTA O SOCIETÀ (eventuale)

In qualità di					
		▼			
Denominazione o ragione sociale		Codice fiscale		Partita iva	
Sede legale/sociale		Comune	Provincia	Stato	CAP
Indirizzo		Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare		Fax	
Posta Elettronica Certificata (PEC)			Email		
N. di iscrizione al R.I.		CCIAA di		Data	

<input type="checkbox"/> Non tenuto all'iscrizione al R.I. in quanto		
N. di iscrizione al R.E.A.	CCIAA di	Data
<input type="checkbox"/> Non tenuto all'iscrizione al R.E.A. in quanto		
Estremi dell'atto costitutivo		

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione per	
<input type="radio"/>	A - NUOVA COSTRUZIONE
<input type="radio"/>	B - NUOVO ESERCIZIO DI ATTIVITÀ
<input type="radio"/>	C - VARIAZIONI
<input type="checkbox"/>	C1 - MODIFICA DEI LOCALI
<input type="checkbox"/>	C2 - AMPLIAMENTO
<input type="checkbox"/>	C3 - TRASFORMAZIONE
<input type="checkbox"/>	C4 - TRASFERIMENTO DI SEDE
<input type="radio"/>	

Localizzazione dell'esercizio

attività sita in					
Comune				CAP	
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno

censito al catasto

Fabbricati	Sezione	Foglio	Mappale	Subalterno
<input type="checkbox"/>	- ▼			
Terreni	Sezione	Foglio	Mappale	
<input type="checkbox"/>	- ▼			

(Indicare la tipologia con riferimento a quelle di cui all'art. 2 L.R. 11/05/2017 n. 9)

Esercizio dell'attività svolta	
<input type="checkbox"/>	a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti
<input type="checkbox"/>	b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio
<input type="checkbox"/>	c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale a ciclo continuativo o diurno
<input type="checkbox"/>	d) stabilimenti termali, idroterapici o affini
<input type="checkbox"/>	e) studi medici e odontoiatrici e di altre professioni sanitarie ove si erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale vale a dire procedure diagnostiche e terapeutiche a maggiore complessità che comportino un rischio per la salute del paziente
<input type="checkbox"/>	f) strutture dedicate all'attività diagnostica svolta anche per soggetti terzi
<input type="checkbox"/>	g) attività di assistenza domiciliare integrata (ADI)
<input type="checkbox"/>	h) servizi e strutture residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni sociali
<input type="checkbox"/>	i) laboratori, ambulatori e cliniche di medicina veterinaria

attività avviata con		
Procedimento	Protocollo num.	Data
<input type="radio"/> SCIA - Segnalazione certificata inizio attività		
<input type="radio"/> DIA - Denuncia inizio attività		
<input type="radio"/> Presa d'atto		
<input type="radio"/> Autorizzazione		
<input type="radio"/>		

DICHIARAZIONI

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e degli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE

<input type="checkbox"/>	di essere in possesso di tutti i requisiti e i presupposti di Legge per lo svolgimento dell'attività sopra indicata
<input type="checkbox"/>	che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 L. 31/05/1965 n. 575 (antimafia)

ALLEGATI

Allegati in relazione al personale	
<input type="checkbox"/>	Elenco del personale medico, sanitario, tecnico, infermieristico e altro, operante anche saltuariamente presso la struttura, con indicazione della tipologia di rapporto di lavoro: dipendente, volontario, personale esterno (dovrà essere indicata la cooperativa o altro che fornisce il personale e dichiarazione di impegno da parte della stessa)

Allegati in relazione alle barriere architettoniche	
<input type="checkbox"/>	Dichiarazione a firma di tecnico abilitato, attestante la non presenza di barriere architettoniche e di opere per il superamento delle stesse, oppure relazione a firma di tecnico abilitato, secondo lo schema approvato dalla Regione Liguria con D.G.R. 04/11/1994 n. 7665, attestante la conformità del presidio alle vigenti norme in materia di eliminazione delle barriere architettoniche (D.M. 14/06/1989 n. 236, L. 5/02/1992 n. 104, D.P.R. 24/06/1996 n. 503)

Allegati in relazione all'impianto elettrico	
<input type="checkbox"/>	Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico con allegato progetto dello stesso, redatta da tecnico abilitato, ai sensi della L. 5/03/1990 n.46

<input type="checkbox"/>	Denuncia di messa a terra degli impianti ai sensi del D.P.R. 22/10/2001 n. 462
--------------------------	--

Allegati in relazione alla prevenzione incendi

Allegato	
<input type="checkbox"/>	(per le strutture con capacità superiore a 25 posti letto) Certificato di prevenzione incendi, oppure dichiarazione ai sensi del D.M. 37/98, vidimata dal Comando VV.F. (nel caso siano stati ultimati i lavori di adeguamento richiesti dai VV.F. e sia stato richiesto a questi il sopralluogo per il rilascio del Certificato di prevenzione incendi)
<input type="checkbox"/>	(per le strutture con capacità inferiore a 25 posti letto) Certificazione a firma di tecnico abilitato attestante il rispetto della normativa antincendio, che faccia esplicito riferimento ai seguenti aspetti : <ul style="list-style-type: none"> • resistenza al fuoco (non inferiore a REI 30) delle strutture orizzontali e verticali • realizzazione a regola d'arte degli impianti • installazione di un adeguato numero di estintori di tipo approvato • affissione della segnaletica di sicurezza espressamente finalizzata alla prevenzione incendi • modalità, per ogni eventuale caso di emergenza, sul sicuro esodo degli occupanti e modalità di gestione della sicurezza conforme a quanto previsto al punto 14 del D.M. 9/04/1994 • esposizione, ben in vista, all'ingresso delle strutture di precise istruzioni relative al comportamento del personale e del pubblico in caso di sinistro, conformemente al D.Lgs. 9/04/2008 n. 81, unitamente alle istruzioni previste (per ciascun piano e ciascuna camera)

Allegati in relazione alla sicurezza

Allegato	
<input type="checkbox"/>	Documentazione relativa alla sicurezza negli ambienti di lavoro ai sensi del D.Lgs. 9/04/2008 n. 81 (solo in presenza di dipendenti o assimilati)

Altri allegati

Allegato							
<input type="checkbox"/>	0996 - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (carichi penali)						
<input type="checkbox"/>	0997 - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (titoli professionali e non incompatibilità)						
<input type="checkbox"/>	0998 - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (abitabilità)						
<input type="checkbox"/>	0070 - Procura speciale / Delega						
<input type="checkbox"/>	Attestazione pagamento diritti suap (se richiesti)						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data pagamento</th> <th>Importo €</th> <th>Quietanza n°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Data pagamento	Importo €	Quietanza n°			
Data pagamento	Importo €	Quietanza n°					
<input type="checkbox"/>	Istanza del legale rappresentante						
<input type="checkbox"/>	Distinta della documentazione presentata						
<input type="checkbox"/>	Atto costitutivo della Società e Statuto ed eventuali successive variazioni						
<input type="checkbox"/>	Documento a firma del titolare/legale rappresentante, redatto in modo da attestare i requisiti minimi organizzativi generali: politica, obiettivi, e attività, struttura organizzativa, gestione delle risorse umane. Dovrà essere descritta l'attività svolta dalla struttura riferita alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza ospitata; dovranno essere indicati il numero e le qualifiche degli operatori (suddivisi tra operatori sanitari, quelli socio assistenziali e quelli dedicati ai servizi generali) e i relativi turni						
Planimetria in scala 1:100 datata e firmata da tecnico abilitato, con indicazione delle altezze, delle superfici di pavimento							

<input type="checkbox"/>	e della destinazione d'uso dei singoli locali. Si richiede che la numerazione attribuita alle camere da letto sia la stessa di quella indicata sull'elaborato grafico -----
<input type="checkbox"/>	Relazione tecnica indicante il dimensionamento della struttura in rapporto al numero degli ospiti, le superfici finestrate ed il rapporto tra superficie finestrata e superficie utile dei singoli locali, elencazione degli spazi comuni interni ed esterni, il numero totale dei servizi igienici e quello dei servizi per disabili, il numero dei bagni e/o docce assistite -----
<input type="checkbox"/>	Relazione tecnica sulle caratteristiche edilizie e tipologiche dell'edificio, sullo stato di conservazione, destinazione d'uso e rispetto della normativa vigente in materia urbanistico-edilizia -----
<input type="checkbox"/>	Planimetria dettagliata (con individuazione delle aree, sede amministrativa, etc) -----
<input type="checkbox"/>	Certificato di idoneità statica dell'edificio (collaudo) -----
<input type="checkbox"/>	Certificazione attestante l'allaccio alla fognatura o autorizzazione allo scarico rilasciata dal Comune -----
<input type="checkbox"/>	Documentazione concernente la provenienza dell'acqua destinata al consumo umano e utilizzata dal presidio -----
<input type="checkbox"/>	Carta dei servizi della struttura, qualora adottato -----
<input type="checkbox"/>	Dichiarazione resa dal Legale Rappresentante relativamente alla nomina del Direttore Sanitario -----
<input type="checkbox"/>	Elenco/inventario delle strumentazioni sanitarie previste, con l'indicazione della loro collocazione nella struttura ed indicazione della loro conformità UE -----
<input type="checkbox"/>	Valutazione d'impatto e/o clima acustico (<i>qualora necessario</i>) -----
<input type="checkbox"/>	Dia presentata ai sensi del regolamento CE 852/04 o nel caso che i pasti non vengano preparati in struttura, dia della ditta incaricata per la somministrazione pasti e convenzione con tale ditta autorizzata fornitrice di pasti -----
<input type="checkbox"/>	Relazione attestante la rispondenza ai disposti del D.Lgs. 3/04/2006 n. 152 in materia di smaltimento di rifiuti speciali e di quelli assimilabili agli urbani -----
<input type="checkbox"/>	Estremi dei codici identificativi delle marche da bollo e scansione delle stesse, annullate mediante la data, ovvero altre modalità di assolvimento, anche virtuale, dell'imposta di bollo -----
<input type="checkbox"/>	Altri allegati -----

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 DEL REG. UE 27/04/2016 N. 679)

Il Reg. UE n. 679 del 27/04/2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del trattamento:
indirizzo mail/PEC

Responsabile della protezione dati dell'Ente titolare:
indirizzo mail/PEC

Responsabile del Trattamento dei dati (eventuale)
indirizzo mail/PEC

Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Pertanto i dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento

I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici.

Destinatari dei dati

I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7/08/1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Diritti

L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo a un'autorità di controllo come previsto dall'art. 15 del Reg. UE n. 2016/679. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte allo Sportello.

Periodo di conservazione dei dati

I dati personali saranno conservati, per un periodo di tempo stabilito in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa oppure, nel caso in ciò non sia possibile, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono raccolti e trattati.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data

Firma

N.B.: Firma autografa da apporre **esclusivamente** in caso di **presentazione cartacea**. In caso di **compilazione telematica** la firma apposta sul documento di procura speciale/delega assolve a tutti gli adempimenti previsti per legge.