

Indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

Telefono fisso / cell. _____ fax. _____

PEC _____

Altro domicilio elettronico per invio delle comunicazioni inerenti la pratica

3 – DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara che:

- dispone dell'immobile/terreno oggetto della presente richiesta a titolo di:
 - proprietario con Atto n. _____ del _____
 - conduttore con contratto di locazione del _____ registrato il _____ al n. _____ per n. anni _____
 - concessionario con contratto n. _____ del _____ per n. anni _____
 - altro (specificare tipologia e atto) _____

- per il p.l./utente oggetto della presente richiesta è stata rilasciata la verifica di compatibilità ex art. 8 ter D.Lgs 502/92 e s.m.i. con D.D. n. _____ del _____ per n.p.l./utenti _____ di (indicare la tipologia) _____

- è titolare dell'Autorizzazione al funzionamento rilasciata dall'ASL _____ con atto n. _____ del _____ per n. p.l./utenti _____ relativa alla verifica di compatibilità di cui sopra

note:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

STRUTTURA SITA NEL COMUNE DI.....

INDIRIZZO.....

**NUMERO DI POSTI LETTO/POSTI UTENTE OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA 8 TER
CON POSSIBILITA' DI ACCREDITAMENTO 8 QUATER**

STRUTTURE PER DISABILI

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | posti letto..... |
| | p.l. pronta accoglienza..... |
| <input type="checkbox"/> Comunità socio assistenziale | posti letto..... |
| | p.l. pronta accoglienza..... |
| <input type="checkbox"/> Comunità di tipo familiare | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Centro diurno socio-terapeutico educativo | posti utente..... |
| <input type="checkbox"/> Centro diurno con nucleo di residenzialità notturna | posti utente..... |
| | posti letto..... |

STRUTTURE PER ANZIANI

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) | posti letto..... |
| | p.l. pronta accoglienza..... |
| <input type="checkbox"/> Residenza Assistenziale (R.A.) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Residenza Assistenziale Alberghiera (R.A.A.) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Integrato (C.D.I.) | posti utente..... |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.) | posti utente..... |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno (C.D.) | posti utente..... |
| <input type="checkbox"/> Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) | posti letto..... |
| | p.l. pronta accoglienza..... |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) | posti utente..... |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Alzheimer inserito in una RSA (C.D.A.I.) | posti utente..... |

ALTRE STRUTTURE

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia ad accoglienza mista | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Nucleo per Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza (NSV) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Nucleo di Alta Complessità neurologica Cronica (NAC) | posti letto..... |

**NUMERO COMPLESSIVO DI POSTI LETTO/POSTI UTENTE PREVISTI/AUTORIZZATI PER L'INTERA
STRUTTURA, SUDDIVISI PER TIPOLOGIA DI UTENZA**

.....
.....
.....

Data _____

Firma del richiedente

5- DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla richiesta di accreditamento