

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) _____

N.B: Il titolo di disponibilità dell'attività limitato nel tempo non è idoneo alla presentazione dell'istanza di verifica di compatibilità per il trasferimento dell'attività stessa ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. (v. allegato A) punto 4.1 della D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019)

NOTIZIE GENERALI SULLA STRUTTURA ESISTENTE
(PRIMA DELL'INTERVENTO RICHIESTO)

STRUTTURA di RICOVERO nelle sottoelencate discipline:

.....	posti letto.....

STRUTTURA AMBULATORIALE nelle sottoelencate discipline:

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

STRUTTURA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA nelle sottoelencate discipline:

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

ALTRE STRUTTURE :

.....

Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento/esercizio di cui sopra:

.....
.....

Estremi degli eventuali provvedimenti di accreditamento di cui sopra:

.....
.....

ATTIVITA' OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA

STRUTTURA di RICOVERO/DAY SURGERY nelle sottoelencate discipline:

.....	posti letto.....

STRUTTURA AMBULATORIALE nelle sottoelencate discipline:

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

STRUTTURA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA nelle sottoelencate discipline:

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

NUMERO COMPLESSIVO DI POSTI LETTO (struttura di ricovero e /o Day surgery) DELL'INTERA STRUTTURA A FINE INTERVENTO, SUDDIVISI PER DISCIPLINA

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

ULTERIORI INFORMAZIONI

NOME DELLA STRUTTURA.....

.....

.....

...

INDIRIZZO DELLA STRUTTURA.....

.....

.....

.....

DESCRIZIONE SOMMARIA DELL'INTERVENTO (tipologia costruttiva, caratteristiche spaziali, funzionali, impiantistiche e tecnologiche con riferimento ai parametri previsti dalle norme, descrizione dei lavori, scelte progettuali).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TEMPI PREVISTI DI REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO.....

.....

- La struttura è inserita in un contesto urbano ed è in zona baricentrica rispetto al bacino d'utenza.
- La struttura è raggiungibile dai mezzi di trasporto pubblico
- I percorsi di accesso sono privi di barriere architettoniche
- Disponibilità di adeguata area a parcheggio
- Disponibilità di adeguata area a verde attrezzata di pertinenza, o adiacente alla struttura
- Esistenza di accesso e viabilità indipendenti per i visitatori, il personale, le merci.

Data _____

Firma del richiedente

5- DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- planimetrie (in formato PDF e in scala non inferiore a 1:200) dell'intera struttura e con evidenziati: l'area oggetto dell'intervento, gli accessi da e verso l'esterno, destinazioni d'uso delle aree confinanti
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento.