



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

.....  
.....

ESTREMI CATASTALI DELL'AREA (mappale, foglio, particella).....

.....

DESTINAZIONE URBANISTICA DELL'AREA.....

.....  
.....

DENSITÀ EDIFICATORIA (territoriale e fondiaria) .....

.....  
.....

VINCOLI E PRESCRIZIONI URBANISTICHE ED EDILIZIE (riguardanti l'area e/o l'immobile)

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

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.