



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 le attività sanitarie oggetto della presente istanza è stata richiesta la verifica di compatibilità ex art. 8 ter D.Lgs 502/92 e s.m.i. in data \_\_\_\_\_ per le seguenti attività ambulatoriali e/o di degenza (dettagliare specialità ambulatoriali e/o n. p.l. con discipline):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

oppure:

- per le attività sanitarie 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 le seguenti attività ambulatoriali e/o di degenza (dettagliare specialità ambulatoriali e/o n. p.l. con discipline):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

oppure:

- è titolare dell'Autorizzazione al funzionamento rilasciata da \_\_\_\_\_ con atto \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ relativa alla presente istanza per le seguenti attività ambulatoriali e/o di degenza (dettagliare specialità ambulatoriali e/o n. p.l. con discipline):

---

---

---

---

---

---

Note:

.....

.....

.....

STRUTTURA SITA NEL COMUNE DI .....

INDIRIZZO.....

.....

.....

**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**

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

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