

Codice A1413B

D.D. 9 dicembre 2019, n. 858

Approv. modul. richieste presentate ai sensi della D.G.R. n. 31-8596 del 22/03/2019 (Strutture sanit. e sociosan. soggette a verifica di compat. ex art. 8 ter, comma 3, del D.lgs. 502/92 e s.m.i. Aggiornam. e semplif. deliberazioni vigenti in materia. Approv. discipl. di carattere “generale” e discipl. di “dettaglio” per le singole tipol. di strutture. Revoca deliberazioni) – Alleg. “H1”, “H2” e “H3” area Dipendenze.

Con D.G.R. n. 31-8596 del 22/03/2019 si sono aggiornate le deliberazioni vigenti in materia di modalità e ambiti di applicazione delle verifiche di compatibilità di cui all’art. 8 ter, comma 3, del D.Lgs 502/1992 e s.m.i., approvando la disciplina di carattere “generale” (allegato A) e la disciplina di “dettaglio” per le singole tipologie di strutture soggette a verifica di compatibilità (allegati da B a H).

La D.G.R. n. 31-8596/2019, inoltre, ha demandato ai Dirigenti regionali dei Settori competenti l’adozione della modulistica da utilizzare per la presentazione delle istanze di cui all’art. 8/ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i..

Il Settore regionale Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori della Direzione Sanità, in collaborazione con il Settore Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria, standard di servizio e qualità della Direzione Coesione Sociale, ha predisposto, in ottemperanza di quanto previsto dalla D.G.R. n. 31-8596/2019 (Allegato “H”), la nuova modulistica, prevedendo un modello di istanza per ogni fattispecie di intervento e di tipologia di struttura, come di seguito specificato:

- **Modello H1:** per interventi che necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone affette da dipendenza patologica;
- **Modello H2:** per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone affette da dipendenza patologica;
- **Modello H3:** per strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone affette da dipendenza patologica già autorizzate ex art 8-ter D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i.

Considerato che la modulistica sopra descritta sostituisce la modulistica approvata con la D.G.R. n. 46-528 del 04/08/2010 e la modulistica approvata con la D.G.R. n. 36-5090 del 18/12/2012;

Ritenuto, pertanto, necessario approvare la nuova modulistica per le istanze di cui all’art. 8/ter, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

Tutto ciò premesso,

IL DIRIGENTE

visto il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, art. 8/ter e s.m.i.;

visto il D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, artt. 4 e 17, e s.m.i.;

vista la L. R. 28 luglio 2008 n. 23, art. 17;

vista la D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019;

vista la D.G.R. n. 17-517 del 15 novembre 2019

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016;

determina

- di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la nuova modulistica per la presentazione delle istanze di cui all'art. 8/ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., prevedendo un modello di istanza per ogni fattispecie di intervento e di tipologia di struttura, come di seguito specificato:

- **Modello H1:** per interventi che necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone affette da dipendenza patologica;
- **Modello H2:** per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone affette da dipendenza patologica;
- **Modello H3:** per strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone affette da dipendenza patologica già autorizzate ex art 8-ter D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i.

- di stabilire che la modulistica sopra descritta sostituisce, a decorrere dalla pubblicazione della presente determinazione sul B.U.R., la modulistica approvata con la D.G.R. n. 46-528 del 04/08/2010 e la modulistica approvata con la D.G.R. n. 36-5090 del 18/12/2012 e che le istanze inerenti gli interventi suddetti devono essere redatte utilizzando i modelli sopraindicati.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice Civile.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

IL Dirigente del Settore
Franca DALL'OCCO

Il Funzionario estensore
Gaetano MANNA

Visto:
Il Dirigente del Settore
Programmazione dei Servizi
Sanitari e Socio Sanitari
Franco RIPA

Allegato

Telefono fisso / cell. _____ PEC

Altro indirizzo di posta elettronica 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) _____

- che la presente istanza viene richiesta:
 - con possibilità di accreditamento regionale** ex art. 8-quater D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.; in tal caso dichiara altresì:
 - di confermare la presente richiesta di verifica di compatibilità anche nel caso in cui non sia possibile ottenere il parere di compatibilità con possibilità di accreditamento
 - di rinunciare all'istanza in quanto non intenzionato a realizzare l'intervento nel caso in cui non sia possibile ottenere il parere di compatibilità con possibilità di accreditamento
 - senza possibilità di accreditamento regionale** ex art. 8-quater D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

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 ex art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. (punto 4.1 all. A della D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e s.m.i.)

4 – NOTIZIE GENERALI SULL'INTERVENTO E RICHIESTA POSTI LETTO/UTENTE

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

- *servizi terapeutico-riabilitativi (S.T.R.)*
 - S.T.R. residenziale n. posti letto _____
 - S.T.R. alloggio di reinserimento n. posti letto _____
 - S.T.R. alloggio di reinserimento per soggetti affetti da HIV/AIDS n. posti letto _____
 - S.T.R. semiresidenziale (8 ore/die) n. utenti _____
 - S.T.R. semiresidenziale breve (4 ore/die) n. utenti _____

S.T.R. ambulatoriale

▪ *servizi di trattamento specialistici (S.T.S.)*

Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla funzione genitoriale in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____

Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla coppia con o senza figli, in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____

Comunità Riabilitativa sociosanitaria per minori con problemi di dipendenza patologica n. posti letto _____

Centro di osservazione diagnostica e trattamento (Centri Crisi) n. posti letto _____

Comunità per comorbilità psichiatrica n. posti letto _____

Struttura specialistica per persone affette da infezione HIV/AIDS (Casa alloggio AIDS) n. posti letto _____

▪ *servizi riabilitativi di lunga assistenza (S.R.L.A.)*

S.R.L.A. residenziali n. posti letto _____

gruppi appartamento n. posti letto _____

ALTRO (specificare) _____

Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento/esercizio relativi ai posti letto/utente di cui sopra _____

Estremi degli eventuali provvedimenti di accreditamento relativi ai posti letto/utente di cui sopra _____

NUMERO DI POSTI LETTO/POSTI UTENTE OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA

▪ *servizi terapeutico-riabilitativi (S.T.R.)*

S.T.R. residenziale n. posti letto _____

S.T.R. alloggio di reinserimento n. posti letto _____

S.T.R. alloggio di reinserimento per soggetti affetti da HIV/AIDS n. posti letto _____

S.T.R. semiresidenziale (8 ore/die) n. utenti _____

S.T.R. semiresidenziale breve (4 ore/die) n. utenti _____

S.T.R. ambulatoriale

▪ *servizi di trattamento specialistici (S.T.S.)*

Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla funzione genitoriale in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____

Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla coppia con o senza figli, in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____

Comunità Riabilitativa sociosanitaria per minori con problemi di dipendenza patologica n. posti letto _____

- Centro di osservazione diagnostica e trattamento (Centri Crisi) n. posti letto _____
- Comunità per comorbidità psichiatrica n. posti letto _____
- Struttura specialistica per persone affette da infezione HIV/AIDS (Casa alloggio AIDS) n. posti letto _____
- *servizi riabilitativi di lunga assistenza (S.R.L.A.)*
 - S.R.L.A. residenziali n. posti letto _____
 - gruppi appartamento n. posti letto _____

Numero complessivo di posti letto/posti utente dell'intera struttura a fine intervento, suddivisi per tipologia di utenza

In caso di richiesta di posti letto/utente in aggiunta a quelli già previsti in precedenti verifiche di compatibilità rilasciate per la medesima struttura e non ancora autorizzati al funzionamento/esercizio, indicare gli estremi del provvedimento regionale e il numero dei posti letto/utente previsti dallo stesso

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

5 - DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- elaborato progettuale corredato di planimetrie in scala non inferiore a 1:200 dell'intera struttura con evidenziata l'area oggetto dell'intervento, predisposto sulla base dei requisiti fissati dalla D.G.R. 28 settembre 2009, n. 61-12251 e s.m.i.
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

(Nota di trasmissione del Modello H1 per interventi che necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone affette da dipendenza patologica)

Comune di

prot. n. _____

Data _____

- Alla Direzione Sanità della Regione Piemonte
sanita@cert.regione.piemonte.it

e p.c.

- Al Legale Rappresentante dell'Ente/
richiedente la verifica di compatibilità
(indirizzo PEC)

OGGETTO: Art. 8 ter, comma 3, D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "Autorizzazione alla costruzione di nuove strutture sanitarie e socio-sanitarie, adattamento di strutture esistenti, loro diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede di struttura già autorizzata" - D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e s.m.i.

Il/la sig/sig.ra

Legale Rappresentante di

ha presentato a questo Comune, in data _____ prot. n. _____ un progetto relativo a:

- costruzione di una nuova struttura sanitaria o socio-sanitaria
- adattamento e diversa utilizzazione di struttura sanitaria o socio-sanitaria esistente
- ampliamento, trasformazione di struttura sanitaria o socio-sanitaria già autorizzata all'esercizio
- trasferimento in altra sede di struttura sanitaria o socio-sanitaria già autorizzata all'esercizio

Tale progetto necessita di:

- Permesso di Costruire**

□ **Segnalazione Certificata Inizio Attività (SCIA)**

e, pertanto, si richiede la verifica di compatibilità di cui al Modello H1 allegato alla presente, ai sensi dell'articolo citato in oggetto.

Il Comune ha verificato che il/la sig/sig.ra _____ ha titolo a richiedere il Permesso di Costruire o a presentare la SCIA e che il progetto presentato è conforme agli strumenti urbanistici vigenti.

Ulteriori dati inerenti la localizzazione della struttura (esistente o costruenda):

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) _____

Firma e timbro del responsabile comunale del procedimento _____

PERSONA DA CONTATTARE DEL COMUNE:

Cognome e nome

Recapito telefonico

Indirizzo posta elettronica

Telefono fisso / cell. _____ PEC

Altro indirizzo di posta elettronica 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) _____

- che la presente istanza viene richiesta:
 - con possibilità di accreditamento regionale** ex art. 8-quater D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.; in tal caso dichiara altresì:
 - di confermare la presente richiesta di verifica di compatibilità anche nel caso in cui non sia possibile ottenere il parere di compatibilità con possibilità di accreditamento
 - di rinunciare all'istanza in quanto non intenzionato a realizzare l'intervento nel caso in cui non sia possibile ottenere il parere di compatibilità con possibilità di accreditamento
 - senza possibilità di accreditamento regionale** ex art. 8-quater D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

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 ex art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. (punto 4.1 all. A della D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e s.m.i.)

4 – NOTIZIE GENERALI SULL'INTERVENTO E RICHIESTA POSTI LETTO/UTENTE

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

- *servizi terapeutico-riabilitativi (S.T.R.)*
 - S.T.R. residenziale n. posti letto _____
 - S.T.R. alloggio di reinserimento n. posti letto _____
 - S.T.R. alloggio di reinserimento per soggetti affetti da HIV/AIDS n. posti letto _____
 - S.T.R. semiresidenziale (8 ore/die) n. utenti _____
 - S.T.R. semiresidenziale breve (4 ore/die) n. utenti _____
 - S.T.R. ambulatoriale
- *servizi di trattamento specialistici (S.T.S.)*

- Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla funzione genitoriale in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____
- Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla coppia con o senza figli, in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____
- Comunità Riabilitativa sociosanitaria per minori con problemi di dipendenza patologica n. posti letto _____
- Centro di osservazione diagnostica e trattamento (Centri Crisi) n. posti letto _____
- Comunità per comorbidità psichiatrica n. posti letto _____
- Struttura specialistica per persone affette da infezione HIV/AIDS (Casa alloggio AIDS) n. posti letto _____
- *servizi riabilitativi di lunga assistenza (S.R.L.A.)*
 - S.R.L.A. residenziali n. posti letto _____
 - gruppi appartamento n. posti letto _____

ALTRO (specificare) _____

Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento/esercizio relativi ai posti letto/utente di cui sopra _____

Estremi degli eventuali provvedimenti di accreditamento relativi ai posti letto/utente di cui sopra _____

NUMERO DI POSTI LETTO/POSTI UTENTE OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA

- *servizi terapeutico-riabilitativi (S.T.R.)*
 - S.T.R. residenziale n. posti letto _____
 - S.T.R. alloggio di reinserimento n. posti letto _____
 - S.T.R. alloggio di reinserimento per soggetti affetti da HIV/AIDS n. posti letto _____
 - S.T.R. semiresidenziale (8 ore/die) n. utenti _____
 - S.T.R. semiresidenziale breve (4 ore/die) n. utenti _____
 - S.T.R. ambulatoriale
- *servizi di trattamento specialistici (S.T.S.)*
 - Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla funzione genitoriale in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____
 - Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla coppia con o senza figli, in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____
 - Comunità Riabilitativa sociosanitaria per minori con problemi di dipendenza patologica n. posti letto _____
 - Centro di osservazione diagnostica e trattamento (Centri Crisi) n. posti letto _____
 - Comunità per comorbidità psichiatrica n. posti letto _____

- Struttura specialistica per persone affette da infezione HIV/AIDS (Casa alloggio AIDS) n. posti letto _____
- *servizi riabilitativi di lunga assistenza (S.R.L.A.)*
 - S.R.L.A. residenziali n. posti letto _____
 - gruppi appartamento n. posti letto _____

Numero complessivo di posti letto/posti utente dell'intera struttura a fine intervento, suddivisi per tipologia di utenza

In caso di richiesta di posti letto/utente in aggiunta a quelli già previsti in precedenti verifiche di compatibilità rilasciate per la medesima struttura e non ancora autorizzati al funzionamento/esercizio, indicare gli estremi del provvedimento regionale e il numero dei posti letto/utente previsti dallo stesso

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

5 - DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- elaborato progettuale corredato di planimetrie in scala non inferiore a 1:200 dell'intera struttura con evidenziata l'area oggetto dell'intervento, predisposto sulla base dei requisiti fissati dalla D.G.R. 28 settembre 2009, n. 61-12251 e s.m.i.
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

(Nota di trasmissione del Modello H2 per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone affette da dipendenza patologica)

prot. n. _____

Data _____

- Alla Direzione Sanità della Regione Piemonte
sanita@cert.regione.piemonte.it

e p.c.

- Al Comune territorialmente competente
(indirizzo PEC)

OGGETTO: Art. 8 ter, comma 3, D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "Autorizzazione alla costruzione di nuove strutture sanitarie e socio-sanitarie, adattamento di strutture esistenti, loro diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede di struttura già autorizzata" - D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a _____

Legale Rappresentante di

richiede la verifica di compatibilità, ai sensi dell'articolo citato in oggetto, di cui al Modello H2 allegato alla presente, inerente il seguente intervento:

- realizzazione di una nuova struttura sanitaria o socio-sanitaria
- adattamento e diversa utilizzazione di struttura sanitaria o socio-sanitaria esistente
- ampliamento, trasformazione di struttura sanitaria o socio-sanitaria già autorizzata all'esercizio
- trasferimento in altra sede di struttura sanitaria o socio-sanitaria già autorizzata all'esercizio

Dichiara che tale intervento non richiede il rilascio del Permesso di Costruire o la presentazione della Segnalazione Certificata Inizio Attività (SCIA).

Firma del richiedente

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 i posti letto/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. posti letto/utenti _____ di (indicare la tipologia) _____
 - è titolare dell'Autorizzazione al funzionamento rilasciata dall'ASL _____ con atto n. _____ del _____ per n. posti letto/utenti _____ relativa alla verifica di compatibilità di cui sopra

Note _____

4 – RICHIESTA POSTI LETTO/UTENTE ACCREDITABILI

NOME DELLA STRUTTURA _____

SITA NEL COMUNE DI _____

INDIRIZZO _____

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

- *servizi terapeutico-riabilitativi (S.T.R.)*
 - S.T.R. residenziale n. posti letto _____
 - S.T.R. alloggio di reinserimento n. posti letto _____
 - S.T.R. alloggio di reinserimento per soggetti affetti da HIV/AIDS n. posti letto _____
 - S.T.R. semiresidenziale (8 ore/die) n. utenti _____
 - S.T.R. semiresidenziale breve (4 ore/die) n. utenti _____
 - S.T.R. ambulatoriale

▪ *servizi di trattamento specialistici (S.T.S.)*

- Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla funzione genitoriale in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____
- Comunità Riabilitativa sociosanitaria di supporto alla coppia con o senza figli, in situazione di patologia da dipendenza n. posti letto _____
- Comunità Riabilitativa sociosanitaria per minori con problemi di dipendenza patologica n. posti letto _____
- Centro di osservazione diagnostica e trattamento (Centri Crisi) n. posti letto _____
- Comunità per comorbilità psichiatrica n. posti letto _____
- Struttura specialistica per persone affette da infezione HIV/AIDS (Casa alloggio AIDS) n. posti letto _____

▪ *servizi riabilitativi di lunga assistenza (S.R.L.A.)*

- S.R.L.A. residenziali n. posti letto _____
- gruppi appartamento n. posti letto _____

Numero complessivo di posti letto/posti utente previsti/autorizzati per l'intera struttura, suddivisi per tipologia di utenza _____

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

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

(Nota di trasmissione del Modello H3 per strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone affette da dipendenza patologica già autorizzate ex art 8-ter D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i.)

prot. n. _____

Data _____

- Alla Direzione Sanità della Regione Piemonte
sanita@cert.regione.piemonte.it

e p.c.

- All'ASL territorialmente competente
(indirizzo PEC)

OGGETTO: Art. 8 ter D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. con possibilità di accreditamento regionale ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. medesimo - D.G.R. n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a _____

Legale Rappresentante di _____

richiede la verifica di compatibilità ex art. 8-ter al fine di ottenere l'accreditamento ex art. 8-quater dei posti letto/utente indicati nell'allegato modello H3 per la struttura di seguito indicata:

Firma del richiedente
