

Codice A1414B

D.D. 5 giugno 2019, n. 451

Approvazione modulistica ai sensi della D.G.R. n.31-8596 del 22/03/2019 (Strutture sanitarie e sociosanitarie soggette a verifica di compatibilità di cui all'art.8ter, c.3, del D.lgs. 502/92 e s.m.i. Aggiornamento e semplificazione delle deliberazioni vigenti in materia.Approvazione disciplina di carattere generale e disciplina di dettaglio per le singole tipologie di strutture.Revoca deliberazioni)–Allegati B,C e D.

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 (Allegati B, C e D), la nuova modulistica, prevedendo un modello di istanza per ogni fattispecie di intervento e di tipologia di struttura, come di seguito specificato:

- **Modello A:** per interventi che necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per anziani non autosufficienti e strutture per disabili;
- **Modello B:** per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per anziani non autosufficienti e strutture per disabili;
- **Modello C:** per strutture per anziani non autosufficienti e strutture per disabili già autorizzate ai sensi dell'art. 8/ter del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i;
- **Modello A1:** per interventi che necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per la tutela della salute mentale dei minori;
- **Modello B1:** per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per la tutela della salute mentale dei minori.

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;

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 A:** per interventi che necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per anziani non autosufficienti e strutture per disabili;
- **Modello B:** per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per anziani non autosufficienti e strutture per disabili;
- **Modello C:** per strutture per anziani non autosufficienti e strutture per disabili già autorizzate ai sensi dell'art. 8/ter del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- **Modello A1:** per interventi che necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per la tutela della salute mentale dei minori;
- **Modello B1:** per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per la tutela della salute mentale dei minori.

- 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

I funzionari estensori
Luciana Ipsa
Giulio Manfredi

Allegato

Comune di

.....

prot. n.....

Data

Alla Direzione Sanità
Settore regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori
regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

e p.c. Alla Direzione Coesione Sociale
Settore Programmazione Socio-Assistenziale e Socio-Sanitaria,
Standard di Servizio e Qualità
programmazione socioassistenziale@cert.regione.piemonte.it

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

OGGETTO: Art. 8 *ter*, comma 3, del 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.

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 socio sanitaria
- adattamento e diversa utilizzazione di struttura socio sanitaria esistente
- ampliamento, trasformazione di struttura socio sanitaria già autorizzata all'esercizio
- trasferimento in altra sede di struttura 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 A** 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 (TEL - EMAIL)

.....

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) _____

- che la presente istanza viene richiesta:

con possibilità di accreditamento regionale ai sensi dell'art. 8 quater del 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 (per superamento del fabbisogno di posti letto/posti diurni accreditabili).

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 (per superamento del fabbisogno di posti letto/posti diurni accreditabili).

senza possibilità di accreditamento regionale ai sensi dell'art. 8 quater del 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 ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

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

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..... |

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

STRUTTURE PER DISABILI

- Comunità alloggio posti letto.....
- Comunità socio assistenziale p.l. pronta accoglienza.....
- Comunità di tipo familiare posti letto.....
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) p.l. pronta accoglienza.....
- Gruppo appartamento posti letto.....
- Centro diurno socio-terapeutico educativo posti letto.....
- Centro diurno con nucleo di residenzialità notturna posti utente.....
- posti letto.....

STRUTTURE PER ANZIANI

- Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) posti letto.....
- Centro Diurno Integrato (C.D.I.) p.l. pronta accoglienza.....
- Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.) posti utente.....
- Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) posti utente.....
- Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) posti letto.....
- Centro Diurno Alzheimer inserito in una RSA (C.D.A.I.) p.l. pronta accoglienza.....
- posti utente.....
- posti utente.....

ALTRE STRUTTURE

- Casa famiglia ad accoglienza mista posti letto.....
- Nucleo per Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza (NSV) posti letto.....
- Nucleo di Alta Complessità neurologica Cronica (NAC) 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 P.L./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.

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
- tabella di verifica degli standard strutturali dell'intera struttura (v. normativa di cui agli allegati B1 o C1 della DGR n. 31-8596 del 22.03.2019)
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento.

(Nota di trasmissione del Modello B per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per anziani non autosufficienti e strutture per disabili)

prot. n.....

Data.....

Alla Direzione Sanità
Settore regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori
regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

e p.c. Alla Direzione Coesione Sociale
Settore Programmazione Socio- Assistenziale e Socio-Sanitaria, Standard di Servizio e Qualità
programmazione socioassistenziale@cert.regione.piemonte.it

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.

Il/la sottoscritto/a

Legale Rappresentante dell'Ente/Società

.....

richiede la verifica di compatibilità, ai sensi dell'articolo citato in oggetto, di cui al

Modello B allegato alla presente, inerente il seguente intervento:

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

.....

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) _____

- che la presente istanza viene richiesta:

con possibilità di accreditamento regionale ai sensi dell'art. 8 quater del 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 (per superamento del fabbisogno di posti letto/posti diurni accreditabili).

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 (per superamento del fabbisogno di posti letto/posti diurni accreditabili).

senza possibilità di accreditamento regionale ai sensi dell'art. 8 quater del 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 ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

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

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..... |

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

STRUTTURE PER DISABILI

- Comunità alloggio posti letto.....
p.l. pronta accoglienza.....
- Comunità socio assistenziale posti letto.....
p.l. pronta accoglienza.....
- Comunità di tipo familiare posti letto.....
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) posti letto.....
- Gruppo appartamento posti letto.....
- Centro diurno socio-terapeutico educativo posti utente.....
- Centro diurno con nucleo di residenzialità notturna posti utente.....
posti letto.....

STRUTTURE PER ANZIANI

- Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) posti letto.....
p.l. pronta accoglienza.....
- Centro Diurno Integrato (C.D.I.) posti utente.....
- Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.) posti utente.....
- Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) posti letto.....
p.l. pronta accoglienza.....
- Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) posti utente.....
- Centro Diurno Alzheimer inserito in una RSA (C.D.A.I.) posti utente.....

ALTRE STRUTTURE

- Casa famiglia ad accoglienza mista posti letto.....
- Nucleo per Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza (NSV) posti letto.....
- Nucleo di Alta Complessità neurologica Cronica (NAC) 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 P.L./UTENTE PREVISTI DALLO STESSO

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

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, le destinazioni d'uso delle aree confinanti
- tabella di verifica degli standard strutturali dell'intera struttura (v. normativa di cui agli allegati B1 o C1 della DGR n. 31-8596 del 22.03.2019)
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento

(Nota di trasmissione del Modello C per strutture per anziani non autosufficienti e strutture per disabili già autorizzate ai sensi dell'art. 8/ter del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i)

prot. n.....

Data

Alla Direzione Sanità
Settore regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori
regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

e p.c. Alla Direzione Coesione Sociale
Settore Programmazione Socio- Assistenziale e Socio-Sanitaria, Standard di Servizio e Qualità
programmazione socioassistenziale@cert.regione.piemonte.it

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.

Il/la sottoscritto/a

Legale Rappresentante dell'Ente/Società

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 C**, per la struttura di seguito indicata:

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

Firma del richiedente

.....

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

Comune di

.....

prot. n.

Data

Alla Direzione Sanità
Settore regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori
regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

e p.c. Al Legale Rappresentante
dell'Ente/Società richiedente la verifica di compatibilità
(indirizzo PEC)

OGGETTO: Art. 8 *ter*, comma 3, del 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.

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 socio sanitaria
- adattamento e diversa utilizzazione di struttura socio sanitaria esistente
- ampliamento, trasformazione di struttura socio sanitaria già autorizzata all'esercizio
- trasferimento in altra sede di struttura 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 A1** 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 (TEL - EMAIL)

.....

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.

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

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Comunità terapeutica per minori (CTM) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Comunità riabilitativa psicosociale per minori (CRP) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Centro diurno socio riabilitativo per minori (CDSR) | posti utente..... |

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

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Comunità terapeutica per minori (CTM) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Comunità riabilitativa psicosociale per minori (CRP) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Centro diurno socio riabilitativo per minori (CDSR) | posti utente..... |

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
- tabella di verifica degli standard strutturali dell'intera struttura (v. normativa di cui all'allegato D1 della DGR n. 31-8596 del 22.03.2019)
- progetto gestionale
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento

(Nota di trasmissione del Modello B1 per interventi che non necessitano di Permesso di Costruire o SCIA relativi a strutture per la tutela della salute mentale dei minori)

prot. n.....

Data

Alla Direzione Sanità
Settore regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori
regole.soggettierogatori@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.

Il/la sottoscritto/a.....

Legale Rappresentante dell'Ente/Società

.....

richiede la verifica di compatibilità, ai sensi dell'articolo citato in oggetto, di cui al

Modello B1 allegato alla presente, inerente il seguente intervento:

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

.....

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.

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

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Comunità terapeutica per minori (CTM) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Comunità riabilitativa psicosociale per minori (CRP) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Centro diurno socio riabilitativo per minori (CDSR) | posti utente..... |

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

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Comunità terapeutica per minori (CTM) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Comunità riabilitativa psicosociale per minori (CRP) | posti letto..... |
| <input type="checkbox"/> Centro diurno socio riabilitativo per minori (CDSR) | posti utente..... |

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
- tabella di verifica degli standard strutturali dell'intera struttura (v. normativa di cui all'allegato D1 della DGR n. 31-8596 del 22.03.2019)
- progetto gestionale
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla realizzazione dell'intervento