

**RICHIESTA DI VERIFICA DI COMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 8/TER DEL  
DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992 N. 502 E S.M.I.**

Comune di

.....

prot. n. ....

Data .....

Alla Direzione Sanità  
Settore Organizzazione  
Servizi Sanitari  
Ospedalieri e Territoriali  
C.so Regina Margherita, 153 bis  
10122 TORINO

e p.c. Al Legale Rappresentante  
dell'Ente/Società richiedente  
l'autorizzazione alla realizzazione

**Oggetto: Art. 8 ter, comma 3, d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.  
Richiesta di autorizzazione alla costruzione, adattamento,  
diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento  
in altra sede di struttura già autorizzata all'esercizio, di strutture  
socio-sanitarie per anziani non autosufficienti.**

Il Legale Rappresentante dell'Ente/Società sotto indicato ha presentato a questo Comune richiesta di autorizzazione alla realizzazione per:

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

pertanto, ai fini dell'articolo in oggetto citato, si richiede la verifica di compatibilità del progetto.

I dati riportati nei successivi quadri, compilati a cura del Legale Rappresentante dell'Ente/Società richiedente, sono stati verificati da questa Amministrazione e risultano rispondenti al progetto presentato e conformi agli strumenti urbanistici vigenti.

Il suddetto progetto, ai sensi del D.P.R. n. 380 del 06.06.01 e della L. 241/90 e s.m.i., necessita di permesso di costruire.

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)**

.....



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

Presidio ospedaliero:

per acuti  posti letto . . . . .  
post acuti  posti letto . . . . .

Poliambulatorio:

medico  posti utente medi giornalieri . . . . .  
chirurgico  posti utente medi giornalieri . . . . .  
laboratoristico  posti utente medi giornalieri . . . . .  
radiodiagnostico  posti utente medi giornalieri . . . . .

Day hospital      se psichiatrico specificare:

ospedaliero  posti letto equivalenti . . . . .  
semiresidenziale  posti utente medi giornalieri . . . . .

- Comunità protetta psichiatrica posti letto . . . . .
- Comunità alloggio psichiatrica posti letto . . . . .
- Gruppi appartamento per psichiatrici posti letto . . . . .
- Centro Diurno per psichiatrici posti letto . . . . .
- Centro di terapie psichiatriche posti letto . . . . . posti utente . . . . .
- Comunità alloggio per disabili posti letto . . . . .
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) per disabili posti letto . . . . .
- Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) per disabili posti letto . . . . .
- Centro diurno per disabili posti utente . . . . .
- Gruppo appartamento per disabili posti letto . . . . .
- Nucleo per Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza (NSV) posti letto . . . . .
- Nucleo di Alta Complessità neurologica Cronica (NAC) posti letto . . . . .
- Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) posti letto . . . . .
- Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) per anziani posti letto . . . . .
- Residenza assistenziale (R.A.) per anziani posti letto . . . . .
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) per anziani posti letto . . . . .
- Centro Diurno Integrato per anziani posti utente . . . . .
- Centro Diurno Alzheimer posti utente . . . . .
- Hospice posti letto . . . . .
- CTM (Comunità Terapeutica per Minori) posti letto . . . . .
- CRP (Comunità Riabilitative Psico-sociale per minori) posti letto . . . . .
- Casa famiglia ad accoglienza mista posti letto

Altro (specificare) . . . . .

**Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento:**

.....  
.....



