

**Amministrazione destinataria**

Regione Puglia

**Ufficio destinatario**

Ufficio Protocollo

**Domanda di autorizzazione per la realizzazione di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria***Ai sensi dell'articolo 5, comma 1 e comma 2 della Legge regionale 02/05/2017, n. 9***Il sottoscritto**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Residenza Provincia	Comune	Indirizzo	Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

**in qualità di** (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo	Tipologia		
Denominazione/Ragione sociale			
Sede legale Provincia	Comune	Indirizzo	Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP
Codice Fiscale	Partita IVA		
Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione	
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)	Provincia	Numero iscrizione	

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**TRASMETTE**

domanda di autorizzazione relativa

- |   |
|---|
| <input type="radio"/> alla realizzazione di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria   |
| <input type="radio"/> alla modifica di una struttura sanitaria e socio-sanitaria esistente, riguardante                                   |
| <input type="radio"/> ampliamento   |
| <input type="checkbox"/> aumento del numero dei posti letto, posti letto - tecnici e grandi apparecchiature                               |
| <input type="checkbox"/> attivazione di funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie aggiuntive   |
| <input type="radio"/> trasformazione  |
| <input type="checkbox"/> modifica della tipologia (disciplina) di posti letto   |
| <input type="checkbox"/> modifica di altre funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie   |
| <input type="checkbox"/> cambio d'uso degli edifici, finalizzato a ospitare nuove funzioni sanitarie o sociosanitarie, con o senza lavori |
| <input type="checkbox"/> adattamento delle strutture già esistenti e la loro diversa utilizzazione  |
| <input type="radio"/> trasferimento in altra sede di struttura già autorizzata  |

**in precedenza avviata tramite****Titolo autorizzativo**

- |  |
|--|
| <input type="radio"/> autorizzazione, concessione o nulla osta |
| <input type="radio"/> SCIA o comunicazione                     |
| <input type="radio"/> altro (specificare)                      |

Protocollo

Data

Ente di riferimento

**collocata in**

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		SNC	CAP
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano		

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (*allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento"*)  
il procedimento riguarda ulteriori immobili**Disponibilità dei locali**

- |   |
|---|
| <input type="radio"/> proprietà           |
| <input type="radio"/> locazione           |
| <input type="radio"/> comodato            |
| <input type="radio"/> altro (specificare) |

**Titolo abilitativo edilizio (permesso di costruire, ecc.)**

Protocollo

Data

**tipologia della struttura****Tipologia della struttura**

- struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti  
 struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale in regime residenziale e semiresidenziale

**Tipologia prestazioni**

- ospedale di comunità  
 struttura di riabilitazione - centro risvegli per soggetti in stato vegetativo e stato di minima coscienza  
 centro residenziali per cure palliative e terapia del dolore (hospice)  
 struttura sanitaria e socio-sanitaria per anziani non autosufficienti e per soggetti affetti da demenza  
 struttura sanitaria e socio-sanitaria per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali  
 struttura sanitaria e socio-sanitaria per soggetti con problemi psichiatrici  
 struttura sanitaria e socio-sanitaria per la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di dipendenza patologica  
 struttura socio-sanitaria per l'assistenza a persone affette da AIDS con clamatata e con patologie correlate invalidanti  
 stabilimento termale  
 centro di procreazione medicalmente assistita (PMA)  
 consultorio familiare  
 struttura che eroga le seguenti prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

**Tipologia prestazioni**

- struttura per prestazioni di specialistica ambulatoriale chirurgica individuate con apposito provvedimento di Giunta regionale  
 struttura di specialistica ambulatoriale odontoiatrica individuate con apposito provvedimento della Giunta regionale  
 struttura per la diagnostica per immagini con utilizzo delle grandi macchine  
 struttura per radioterapia  
 struttura per medicina nucleare in vivo  
 centro per dialisi  
 centro per terapia iperbarica
- struttura che eroga le seguenti prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale
- Tipologia prestazioni**
- attività specialistica ambulatoriale medica  
 attività di medicina di laboratorio  
 attività di diagnostica per immagini senza utilizzo di grandi macchine  
 attività ambulatoriale di fisioterapia  
 struttura che eroga le prestazioni di assistenza territoriale in regime ambulatoriale

**Denominazione****modifica della struttura****Descrizione modifica**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiera e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- che nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto legislativo 06/09/2011 n. 159 ("Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia")
- che l'intervento è conforme alla normativa urbanistica ed edilizia

**possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività**

(da compilare in caso di realizzazione della struttura)

**Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali**

- unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- oltre al sottoscrittente ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modulo "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")

**rischio incendio**

**Assoggettabilità al possesso di titolo abilitativo per rischio incendio**

- l'attività non rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi
- l'attività rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi

- ha ottenuto certificato di prevenzione incendi (CPI)

Protocollo

Data

- ha richiesto certificato di prevenzione incendi (CPI)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')

Protocollo

Data

- presenta separatamente la documentazione per il certificato di prevenzione incendi (CPI)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')

- ha presentato segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')

Protocollo

Data

- presenta congiuntamente la documentazione per la segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

referente per la pratica

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- relazione tecnica descrittiva delle operazioni svolte
- planimetria dei locali destinati ad attività produttive
- pagamento dell'imposta di bollo
- ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria  
*(da allegare se previsti)*
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- ricevuta di pagamento diritti sanitari  
*(da allegare se previsti)*
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
-------	------	----------------