

**Amministrazione destinataria**

Regione Puglia

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Comunicazione di modifica, sospensione o cessazione dell'attività di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria

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

in relazione all'attività di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria con sede operativa in

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Ulteriori immobili oggetto del procedimento (<i>allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento"</i>) il procedimento riguarda ulteriori immobili									

in precedenza autorizzato all'esercizio tramite

Titolo autorizzativo	Numero	Data	Ente di riferimento

COMUNICA

<input type="radio"/> la variazione dell'attività	<input type="checkbox"/> modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)
<input type="radio"/> modifica del responsabile sanitario	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> cambio di ragione sociale	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> altre variazioni	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> la cessazione dell'attività	<input type="radio"/> cessazione dell'attività contestuale alla comunicazione
	<input type="radio"/> cessazione dell'attività con decorrenza dal Data decorrenza
<input type="radio"/> la sospensione temporanea dell'attività	<input type="radio"/> sospensione dell'attività contestuale alla comunicazione
	<input type="radio"/> sospensione dell'attività con decorrenza nel seguente periodo Data inizio decorrenza
	Data fine decorrenza

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 veritieri 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 ")
- l'insussistenza delle ipotesi di decadenza previste dall'articolo 9, commi 4 e 5, della Legge regionale 02/05/2017, n. 9
- il rispetto dei requisiti minimi previsti dalla regolamentazione o da altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva

cambiamento ragione sociale

Precedente denominazione sociale
Nuova denominazione sociale

modifica soggetti titolari dei requisiti

Soggetti che cessano la titolarità dei requisiti

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Cognome	Nome	Codice Fiscale

nuovo responsabile sanitario

Titolo	Cognome	Nome	Codice Fiscale							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza							
Possesso Partita IVA	Partita IVA	Albo o Ordine	Sezione	Regione	Provincia	Numero iscrizione				
Sede Professionale	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata							

Titolo di studio	Anno di conclusione
Nome dell'istituto	Sede dell'istituto

altre variazioni
Descrizione

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
- accettazione dell'incarico da parte del responsabile sanitario
- ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria
(da allegare se previsti)
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- 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
-------	------	----------------