

**Amministrazione destinataria**

Regione Puglia

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

**Domanda di autorizzazione per l'esercizio di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria***Ai sensi dell'articolo 5, comma 3 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 all'esercizio di uno studio odontoiatrico, medico o di altre professioni sanitarie, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente

collocata in							
P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
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 (<i>specificare</i>)							
Agibilità dei locali							
				Protocollo	Data		

in precedenza autorizzata alla realizzazione tramite			
Titolo autorizzativo	Numero	Data	Ente di riferimento

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 ")
- l'insussistenza delle ipotesi di decadenza previste dall'articolo 9, commi 4 e 5, della Legge regionale 02/05/2017, n. 9
- di essere in possesso di eventuali autorizzazioni/titoli preliminari necessari allo svolgimento dell'attività oggetto della segnalazione (ad esempio autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, licenze di pubblico spettacolo, ecc.)
- che i locali sono conformi alle caratteristiche dettate dalle normative in materia sanitaria, edilizia, urbanistica e di sicurezza
- il rispetto dei requisiti minimi previsti dalla regolamentazione o da altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva

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

responsabile sanitario è

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		Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata						
Titolo di studio					Anno di conclusione				
Nome dell'istituto					Sede dell'istituto				

contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) applicato al personale

Tipologia di contratto

numero e qualifiche del personale da impegnare nella struttura

Composizione organico

funzioni oggetto del trasferimento

(in caso di autorizzazione all'esercizio per trasferimento)

Indicazione delle funzioni oggetto del trasferimento

precedente collocazione della struttura da trasferire

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

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
- cronoprogramma dei lavori e durata della permanenza presso la sede temporanea
(da allegare in caso di trasferimento temporaneo)
- accettazione dell'incarico da parte del responsabile sanitario
- 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