

**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
										<input type="checkbox"/>	
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											
Denominazione/Ragione sociale									Tipologia		
Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
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			
Posizione INAIL					Codice INAIL impresa						

**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**

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura			
							<input type="checkbox"/>			
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>		

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
 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="checkbox"/>	modifica del responsabile sanitario
<input type="checkbox"/>	cambio di ragione sociale
<input type="checkbox"/>	altre variazioni
<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
	<b>Data decorrenza</b>
<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
	<b>Data inizio decorrenza</b>
	<b>Data fine decorrenza</b>

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 veritiere 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**

<b>Precedente denominazione sociale</b>
<b>Nuova denominazione sociale</b>

**modifica soggetti titolari dei requisiti****Soggetti che cessano la titolarità dei requisiti**

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		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
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.

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>il dichiarante</b>