



Amministrazione destinataria

Regione Puglia

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo



Domanda di trasferimento di titolarità dell'autorizzazione all'esercizio di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria

Ai sensi dell'articolo 9 della Legge regionale 02/05/2017, n. 9

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale						
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza					
Residenza	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							
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	Tipologia								
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 trasferimento di titolarità dell'autorizzazione 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

in precedenza autorizzato all'esercizio tramite

Titolo autorizzativo	Numero	Data	Ente di riferimento

subingresso a

Denominazione/Ragione sociale		Tipologia	
Sede legale			
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP
Codice Fiscale		Partita IVA	
A far tempo dal giorno	A seguito di	Specificare altre cause	
Il subingresso avviene		Data fine gestione	

Registrazione atto

- l'atto di registrazione è in corso di registrazione, pertanto allega dichiarazione da parte del notaio
 l'atto di registrazione è stato registrato

Numero atto di registrazione**Data atto di registrazione**

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
 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									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

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
- dichiarazione da parte del notaio
- 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