



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  
 Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Civico \_\_\_\_\_ Barrato \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Denominazione/Ragione sociale \_\_\_\_\_ Tipologia \_\_\_\_\_

Sede legale  
 Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Civico \_\_\_\_\_ Barrato \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## 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 | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|                               |              |                         |        |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| 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 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

### 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 sottoscrittore 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   | Scala             | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Provincia            | Comune         |                             |                |                               |           |                   |       |                              |     |
| 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.

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