



**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 \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_

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 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									
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									
Disponibilità dei locali									
<input type="radio"/> proprietà									
<input type="radio"/> locazione									
<input type="radio"/> comodato									
<input type="radio"/> altro (specificare) _____									
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 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
- 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	
<input type="radio"/>	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
<input type="radio"/>	oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività
<i>(compilare il modulo "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")</i>	

**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													

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**

Particella terreni o Unità imm. urbana		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**

<input type="radio"/>	l'attività non rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi	
<input type="radio"/>	l'attività rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi	
<input type="radio"/>	ha ottenuto certificato di prevenzione incendi (CPI)	
	Protocollo	Data
<input type="radio"/>	ha richiesto certificato di prevenzione incendi (CPI)	
	<i>(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')</i>	
	Protocollo	Data
<input type="radio"/>	presenta separatamente la documentazione per il certificato di prevenzione incendi (CPI)	
	<i>(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')</i>	
<input type="radio"/>	ha presentato segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)	
	<i>(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')</i>	
	Protocollo	Data
<input type="radio"/>	presenta congiuntamente la documentazione per la segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)	
	<i>(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')</i>	

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