



Amministrazione destinataria

Comune di Ariano Irpino

Ufficio destinatario

SUAP



Domanda per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio sanitaria già in attività alla data di pubblicazione sul BURC della Deliberazione della Giunta Regionale 31/12/2001, n. 7301

Ai sensi dell'articolo 8-bis e dell'articolo 8-ter del Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502 e della Deliberazione della Giunta Regionale 31/12/2001, n. 7301

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 <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>					
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 certificata

Consapevole dell'obbligo di dover adeguare la/lo struttura/studio ai requisiti minimi individuati con la Deliberazione della Giunta Regionale 31/12/2001, n. 7301 entro i termini indicati dallo stesso atto ovvero in possesso di tutti i requisiti minimi individuati con la citata Deliberazione della Giunta Regionale

CHIEDE

il rilascio di nuova autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e/o socio-sanitaria

- | | |
|-----------------------|---|
| ☐ | nella struttura sanitaria (o socio-sanitaria) |
| ☐ | nello studio odontoiatrico/medico o di altra professione sanitaria soggetto ad autorizzazione all'esercizio ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 31/12/2001, n. 7301 |

collocata in

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura	
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")
il procedimento riguarda _____ ulteriori immobili _____

dalle seguenti caratteristiche

(da compilare solo in caso di struttura sanitaria (o socio-sanitaria))

Esistente alla data del

Denominazione

Numero autorizzazione all'esercizio (*)

Data autorizzazione all'esercizio (*)

Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio (*)

Prestazioni erogate

Regime

Numero posti letto in dotazione per singola disciplina (nel caso di presidi ospedalieri o nel caso di strutture residenziali o semiresidenziali)

(*) indicare l'ultimo provvedimento autorizzativo, se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali allegare alla presente un elenco contenente gli estremi degli ultimi atti autorizzativi

dalle seguenti caratteristiche

(da compilare solo in caso di studio odontoiatrico/medico o di altra professione sanitaria soggetto ad autorizzazione all'esercizio)

Numero autorizzazione all'esercizio**Data autorizzazione all'esercizio**

Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio

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 la struttura/studio è dotata/o dei requisiti minimi indicati negli elenchi allegati alla presente istanza e debitamente sottoscritti

☒ che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata a

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
		Cittadinanza

Laureato in	Presso l'Università degli studi di	In data
Specialista in		

☐ 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)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ | nominativi e dati anagrafici di tutti gli associati
<i>(da allegare nel caso degli studi associati soggetti ad autorizzazione)</i> |
| ☒ | elenchi con indicati i requisiti minimi |
| ☒ | pagamento dell'imposta di bollo |
| ☐ | ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria
<i>(da allegare se previsti)</i> |
| ☐ | ulteriori immobili oggetto del procedimento |
| ☐ | copia del permesso di soggiorno
<i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i> |
| ☐ | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura |
| ☐ | 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.

Ariano Irpino

Luogo

Data

il dichiarante