

Ufficio SUAP



***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***

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				

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								

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento della struttura sanitaria e/o socio sanitaria

☐	di una struttura sanitaria (o socio-sanitaria)
☐	di uno studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

ubicata in codesto Comune

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

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

attualmente ubicata nel Comune di

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

dalle seguenti caratteristiche

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

Denominazione		
Prestazioni erogate		
Regime		
Numero posti letto a ciclo continuativo/residenziali		
Numero posti letto a ciclo diurno/semi residenziali		
Codice	Disciplina	Posti letto

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione alla realizzazione per trasferimento sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nella Deliberazione della Giunta Regionale 31/12/2001, n. 7301 e ai requisiti minimi definiti con la medesima deliberazione. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio del titolo abilitativo edilizio, se dovuta.

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 il trasferimento non comporta ampliamento e trasformazione della struttura e che la struttura ha attualmente le seguenti caratteristiche

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

Denominazione		
Numero autorizzazione all'esercizio (*)	Data autorizzazione all'esercizio (*)	Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio (*)
Prestazioni attualmente erogate		
Regime		
Numero attuali posti letto a ciclo continuativo/residenziali		
Numero attuali posti letto a ciclo diurno/semi residenziali		

(*) 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

(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

☐ referente per la pratica

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

☒	progetto della struttura sanitaria e/o socio sanitaria
☒	pagamento dell'imposta di bollo
☐	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 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

Ariano Irpino		
Luogo	Data	il dichiarante