

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA O SOCIO-SANITARIA (ART. 8 L.R. 20/2000)**

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Mod. AUT.2

A

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale n: _____ Telefono n _____

B

In qualità di titolare/Legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____
Partita IVA _____ con Sede in _____
Via _____ n _____

Chiede il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio-sanitaria)

C

nella struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) : _____
per l'erogazione di prestazioni (2): _____
in regime (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

D

nello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria
---

realizzato nella unità immobiliare sita in codesto Comune, via \_\_\_\_\_

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- che la/lo struttura/studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione dell'unità immobiliare;
- che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi indicati nelle schede allegate **redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto con deliberazione della G.R. n. 2200 del 24.10.2000;**
- che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al dott. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ Laureato in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

specialista in \_\_\_\_\_  
iscritto presso l'Ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_  
Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del Direttore sanitario : \_\_\_\_\_  
(per esteso)

Firma del Titolare o Legale rappresentante: \_\_\_\_\_  
(per esteso)

**La domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria va presentata, da chi sia stato autorizzato alla realizzazione di una struttura sanitaria o socio sanitaria o di uno studio odontoiatrico o medico o di altra professione sanitaria ove si intendano praticare prestazioni che comportino rischio per la sicurezza del paziente, prima dell'inizio dell'attività e deve essere allegata alla domanda per il rilascio del certificato di agibilità quando dovuto, unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto con deliberazione della G.R. n. 2200 del 24.10.2000;**

La stessa deve essere prodotta:

- ≡ in due copie (una per il Comune ed una per la Regione) se si tratta dell'esercizio dell'attività di presidi pubblici di ogni tipo o presidi privati di alta specializzazione o presidi sanitari o socio-sanitari di ricovero o residenziali o semiresidenziali e per gli stabilimenti termali;
- ≡ in tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL del territorio) se si tratta dell'esercizio dell'attività di strutture ambulatoriali private, di studi ove si praticano prestazioni odontoiatriche, mediche o di altre professioni sanitarie ove si erogano prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

**Il riquadro A** deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

**Il riquadro B** deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica;

**Il riquadro C** deve essere compilato nel caso dell'esercizio di una struttura indicando:

- al punto (1) la denominazione della struttura;
- al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare così individuate:

nel regime ambulatoriale:

- |   |  |
|---|--|
| 1) specialistiche mediche   | 8) di dialisi                                      |
| 2) specialistiche chirurgiche                                     | 9) di terapia iperbarica                           |
| 3) odontoiatriche   | 10) di salute mentale                              |
| 4) diagnostiche di laboratorio (specificare se punto di prelievi) | 11) di consultorio familiare                       |
| 5) diagnostiche per immagini                                      | 12) di trattamento delle tossicodipendenze         |
| 6) di recupero e rieducazione funzionale                          | 13) di alta specializzazione (specificare il tipo) |
| 7) di riabilitazione  |  |

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale (in particolare: Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici);
- 3) psichiatriche
- 4) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 5) residenze sanitarie medicalizzate;
- 6) residenze sanitarie terapeutiche;
- 7) residenze sanitarie riabilitative;
- 8) residenze sanitarie assistenziali;
- 9) nuclei di assistenza residenziale (N.A.R.) all'interno di strutture protette;
- 10) di cure palliative (hospice)

nel regime termale

- 1) idropiniche
- 2) inalatorie
- 3) balneoterapiche
- 4) fangoterapiche
- 5) altre

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale, termale.

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali.

**Il riquadro D** deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca alla realizzazione di uno studio odontoiatrico, medico o di altra professione sanitaria ove si erogano prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario o comunque dal sanitario responsabile e dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.

La stessa domanda va presentata dopo la realizzazione della struttura anche quando non sia prescritto il certificato di agibilità.