

**Amministrazione destinataria**

Comune di Pontecagnano Faiano

Ufficio destinatario

Ufficio Pratiche Suap



Domanda per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio sanitaria di nuova realizzazione

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		Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP								
Provincia	Comune	Indirizzo								<input type="checkbox"/>

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		Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP								
Provincia	Comune	Indirizzo								<input type="checkbox"/>

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
---	-----------	-------------------

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

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (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

realizzato nell'unità immobiliare sita in codesto Comune

P.T. o U.I.U.	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

dalle seguenti caratteristiche

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

Denominazione

Prestazioni erogate

Regime

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

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 veritiera e di falsità in atti,

DICHIARA

- che la/lo struttura/studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto sulla base del quale è stata rilasciata l'autorizzazione alla realizzazione
- che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è in possesso dei requisiti minimi in conformità a quanto richiesto dalla Deliberazione della Giunta regionale 31/12/2001, n. 7301
- che per tale autorizzazione presenta separata segnalazione certificata di agibilità

 che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata a

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
Laureato in	Presso l'Università degli studi di	In data
Specialista in	Iscritto presso l'ordine dei	Della Provincia di

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)

- 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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Pontecagnano Faiano

Luogo

Data

il dichiarante