

**Amministrazione destinataria**

Comune di Pontecagnano Faiano

**Ufficio destinatario**

Ufficio Pratiche Suap



**Domanda per l'autorizzazione alla realizzazione per trasformazione di una struttura  
destinata alla erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio sanitarie**

***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** (*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
---	-----------	-------------------

**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 alla realizzazione per trasformazione di una struttura sanitaria e/o socio sanitaria

**ubicata 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 a ciclo continuativo/residenziali**

### **Numero posti letto a ciclo diurno/semi residenziali**

Codice	Disciplina	Saranno	Posti letto
ITQ2	Italia	20	10

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 struttura ha attualmente le seguenti caratteristiche

## Denominazione

#### Prestazioni attualmente erogate

Regime

#### **Numero attuali posti letto a ciclo continuativo/residenziali**

**Numero attuali posti letto a ciclo diurno/semi residenziali**

Codice	Disciplina	Posti letto

che le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione alla realizzazione 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

<input type="checkbox"/> 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**  
*(barcare 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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Pontecagnano Faiano		
Luogo	Data	il dichiarante