

**Amministrazione destinataria**

Comune di Pontecagnano Faiano

**Ufficio destinatario**

Ufficio Pratiche Suap



**Domanda per l'autorizzazione al trasferimento di una struttura sanitarie e/o socio  
sanitarie già in esercizio nel territorio dello stesso distretto sanitario**

*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             |       |     |                               |  |  |

**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 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**

| 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

**attualmente ubicata nel Comune di**

| 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"/> |     |

**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 veritiera 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))

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Denominazione</b>   |  |   |
| <b>Numero autorizzazione all'esercizio (*)</b>               | <b>Data autorizzazione all'esercizio (*)</b> | <b>Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio (*)</b> |
| <b>Prestazioni attualmente erogate</b>                       |  |   |
| <b>Regime</b>  |  |   |
| 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)

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Numero autorizzazione all'esercizio</b> | <b>Data autorizzazione all'esercizio</b> | <b>Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio</b> |
|--|--|---|

|  |                       |                                    |                                      |
|--|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>referente per la pratica</b> |                       |                                    |                                      |
| <b>Cognome</b>   | <b>Nome</b>           | <b>Codice Fiscale</b>              |                                      |
| <b>Data di nascita</b>                                   | <b>Sesso</b>          | <b>Luogo di nascita</b>            | <b>Cittadinanza</b>                  |
| <b>Telefono cellulare</b>                                | <b>Telefono fisso</b> | <b>Posta elettronica ordinaria</b> | <b>Posta elettronica certificata</b> |

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

Carta  
di  
presentazione per  
la non uscita per  
la presentazione