



Amministrazione destinataria
 Comune di Ugento
 Ufficio destinatario
 Ufficio SUAP



Domanda di autorizzazione per l'esercizio di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria

Ai sensi dell'articolo 5, comma 3 della Legge Regionale 02/05/2017, n. 9

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di nascita _____ Cittadinanza _____

Residenza
 Provincia _____ Comune _____ Indirizzo _____ Civico _____ Barrato _____ 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 _____ 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 _____

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

TRASMETTE

domanda di autorizzazione relativa all'esercizio di uno studio odontoiatrico, medico o di altre professioni sanitarie, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente

collocata in

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura	
							<input type="checkbox"/>	
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	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

Disponibilità dei locali

- proprietà
 locazione
 comodato
 altro (specificare) _____

Agibilità dei locali

Protocollo _____

Data _____

in precedenza autorizzata alla realizzazione tramite

Titolo autorizzativo	Numero	Data	Ente di riferimento

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 nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto Legislativo 06/09/2011 n. 159 ("Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia")
- l'insussistenza delle ipotesi di decadenza previste dall'articolo 9, commi 4 e 5, della Legge Regionale 02/05/2017, n. 9
- di essere in possesso di eventuali autorizzazioni/titoli preliminari necessari allo svolgimento dell'attività oggetto della segnalazione (ad esempio autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, licenze di pubblico spettacolo, ecc.)
- che i locali sono conformi alle caratteristiche dettate dalle normative in materia sanitaria, edilizia, urbanistica e di sicurezza
- il rispetto dei requisiti minimi previsti dalla regolamentazione o da altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva

possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali

- unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modulo "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")

responsabile sanitario è

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Possesso Partita IVA	Partita IVA	Albo o Ordine		Sezione	Regione	Provincia	Numero iscrizione			
Sede Professionale	Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

Titolo di studio		Anno di conclusione	
Nome dell'istituto		Sede dell'istituto	

contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) applicato al personale

Tipologia di contratto	
------------------------	--

numero e qualifiche del personale da impegnare nella struttura

Composizione organico	
-----------------------	--

funzioni oggetto del trasferimento

(in caso di autorizzazione all'esercizio per trasferimento)

Indicazione delle funzioni oggetto del trasferimento	
--	--

precedente collocazione della struttura da trasferire

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

rischio incendio**Assoggettabilità al possesso di titolo abilitativo per rischio incendio**

<input type="radio"/> l'attività non rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi	
<input type="radio"/> l'attività rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi	
<input type="radio"/> ha ottenuto certificato di prevenzione incendi (CPI)	
Protocollo	Data
<input type="radio"/> ha richiesto certificato di prevenzione incendi (CPI)	
<i>(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')</i>	
Protocollo	Data
<input type="radio"/> presenta separatamente la documentazione per il certificato di prevenzione incendi (CPI)	
<i>(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')</i>	
<input type="radio"/> ha presentato segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)	
<i>(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')</i>	
Protocollo	Data
<input type="radio"/> presenta congiuntamente la documentazione per la segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)	
<i>(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')</i>	

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

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)

<input type="checkbox"/>	n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
<input checked="" type="checkbox"/>	relazione tecnica descrittiva delle operazioni svolte
<input checked="" type="checkbox"/>	planimetria dei locali destinati ad attività produttive
<input type="checkbox"/>	cronoprogramma dei lavori e durata della permanenza presso la sede temporanea <i>(da allegare in caso di trasferimento temporaneo)</i>
<input type="checkbox"/>	accettazione dell'incarico da parte del responsabile sanitario
<input checked="" type="checkbox"/>	pagamento dell'imposta di bollo
<input type="checkbox"/>	ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria <i>(da allegare se previsti)</i>
<input type="checkbox"/>	ulteriori immobili oggetto del procedimento
<input type="checkbox"/>	ricevuta di pagamento diritti sanitari <i>(da allegare se previsti)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>
<input type="checkbox"/>	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	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.

Ugento

Luogo

Data

il dichiarante