



Amministrazione destinataria

Comune di Ugento

Ufficio destinatario

Ufficio SUAP

## Comunicazione di modifica, sospensione o cessazione dell'attività di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria

### 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

**in relazione all'attività di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria con sede operativa 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

**in precedenza autorizzato all'esercizio tramite**

Titolo autorizzativo	Numero	Data	Ente di riferimento

**COMUNICA**

<input type="radio"/>	la variazione dell'attività
<input type="checkbox"/>	modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)
<input type="checkbox"/>	modifica del responsabile sanitario
<input type="checkbox"/>	cambio di ragione sociale
<input type="checkbox"/>	altre variazioni
<input type="radio"/>	la cessazione dell'attività
<input type="radio"/>	cessazione dell'attività contestuale alla comunicazione
<input type="radio"/>	cessazione dell'attività con decorrenza dal
	<b>Data decorrenza</b>
<input type="radio"/>	la sospensione temporanea dell'attività
<input type="radio"/>	sospensione dell'attività contestuale alla comunicazione
<input type="radio"/>	sospensione dell'attività con decorrenza nel seguente periodo
	<b>Data inizio decorrenza</b>
	<b>Data fine decorrenza</b>

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
- il rispetto dei requisiti minimi previsti dalla regolamentazione o da altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva

**cambiamento ragione sociale**

Precedente denominazione sociale

Nuova denominazione sociale

**modifica soggetti titolari dei requisiti****Soggetti che cessano la titolarità dei requisiti**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

**nuovo responsabile sanitario**

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		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

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

**altre variazioni**

Descrizione	

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

--	--

**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)*

- n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- accettazione dell'incarico da parte del responsabile sanitario
- 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 del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- 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