



Amministrazione destinataria

Comune di Capri

Ufficio destinatario

Settore I, Affari generali



**Domanda per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio sanitaria già in attività alla data di pubblicazione sul BURC della Deliberazione della Giunta Regionale 31/12/2001, n. 7301**

***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 |              |
| <b>in qualità di</b> <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             |              |
| 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 certificata**

|  |
|--|
|  |
|--|

Consapevole dell'obbligo di dover adeguare la/lo struttura/studio ai requisiti minimi individuati con la Deliberazione della Giunta Regionale 31/12/2001, n. 7301 entro i termini indicati dallo stesso atto ovvero in possesso di tutti i requisiti minimi individuati con la citata Deliberazione della Giunta Regionale

#### CHIEDE

il rilascio di nuova autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e/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

#### collocata in

|                                        |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
|----------------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | 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))

Esistente alla data del \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_

|                                         |                                       |                                                      |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Numero autorizzazione all'esercizio (*) | Data autorizzazione all'esercizio (*) | Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio (*) |
|                                         |                                       |                                                      |

Prestazioni erogate \_\_\_\_\_

Regime \_\_\_\_\_

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

(\*) 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

#### dalle seguenti caratteristiche

(da compilare solo in caso di studio odontoiatrico/medico o di altra professione sanitaria soggetto ad autorizzazione all'esercizio)

|                                     |                                   |                                                  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------|
| Numero autorizzazione all'esercizio | Data autorizzazione all'esercizio | Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio |
|                                     |                                   |                                                  |

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 la struttura/studio è dotata/o dei requisiti minimi indicati negli elenchi allegati alla presente istanza e debitamente sottoscritti

☒ che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata a

|                 |       |                  |
|-----------------|-------|------------------|
| Cognome         | Nome  | Codice Fiscale   |
|                 |       |                  |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita |
|                 |       |                  |
|                 |       | Cittadinanza     |
|                 |       |                  |

|                |                                    |         |
|----------------|------------------------------------|---------|
| Laureato in    | Presso l'Università degli studi di | In data |
|                |                                    |         |
| Specialista in |                                    |         |
|                |                                    |         |

☐ 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)

- |                                     |                                                                                                                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | nominativi e dati anagrafici di tutti gli associati<br><i>(da allegare nel caso degli studi associati soggetti ad autorizzazione)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | elenchi con indicati i requisiti minimi                                                                                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> | pagamento dell'imposta di bollo                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/>            | ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria<br><i>(da allegare se previsti)</i>                                                   |
| <input type="checkbox"/>            | ulteriori immobili oggetto del procedimento                                                                                           |
| <input type="checkbox"/>            | copia del permesso di soggiorno<br><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"/>            | 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.

Capri

Luogo

Data

il dichiarante