

Amministrazione destinataria

Regione Campania

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo



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

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

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

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

| | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | |

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 | | |
| <input type="text"/> | | |
| Prestazioni erogate | | |
| <input type="text"/> | | |
| Regime | | |
| <input type="text"/> | | |
| Numero posti letto a ciclo continuativo/residenziali | | |
| <input type="text"/> | | |
| Numero posti letto a ciclo diurno/semi residenziali | | |
| <input type="text"/> | | |
| Codice | Disciplina | Posti letto |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 ha attualmente le seguenti caratteristiche

| |
|---|
| Denominazione |
| <input type="text"/> |
| Prestazioni attualmente erogate |
| <input type="text"/> |
| Regime |
| <input type="text"/> |
| Numero attuali posti letto a ciclo continuativo/residenziali |
| <input type="text"/> |
| Numero attuali posti letto a ciclo diurno/semi residenziali |
| <input type="text"/> |

| 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

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)

- 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.

| | | |
|--------------|-------------|-----------------------|
| | | |
| Luogo | Data | il dichiarante |