

Ufficio Protocollo

Ai sensi dell'articolo 4 della Legge regionale 31/07/2007, n. 32

Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale					Tipologia						
Sede legale											
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
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				

e il sottoscritto cedente

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
				Interno	Scala
				Piano	SNC
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
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

--

CHIEDONO

la voltura dell'autorizzazione

Numero	Data

per l'esercizio dell'attività

Attività esercitata

☐ struttura sanitaria o socio sanitaria

Denominazione struttura

Prestazioni erogate

☐ studio di professione sanitaria

Studio di professione sanitaria

sita in

(in caso di trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale inserire la nuova sede operativa)

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

Agibilità dei locali	Protocollo	Data

in quanto con atto pubblico redatto dal Notaio

Nominativo notaio	Registrato il	Numero repertorio

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,

IL NUOVO INTESTATARIO DICHIARA

- ☒ di essere in possesso dei requisiti soggettivi di cui all'articolo 5-ter, comma 1 della Legge regionale 31/07/2007, n. 32
- ☒ il possesso dei titoli professionali richiesti
- ☒ la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal legale rappresentante con allegate copie del manuale di autorizzazione autocompilate e firmate singolarmente dal responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di attività oggetto di autorizzazione

direttore sanitario

(il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non eserciterà altre attività incompatibili)

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
Cittadinanza		
Residenza		
Provincia	Comune	Indirizzo
Civico	Barrato	Interno
Scala	Piano	SNC
		<input type="checkbox"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria
Posta elettronica certificata		

Laureato in	Presso l'Università degli Studi di	
Specialista in	Iscritto presso l'ordine dei	Della Provincia di

☐ 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)

- ☒ titolo di godimento del locale o immobile utilizzato
(se non già prodotto in caso di precedente domanda di autorizzazione)
- ☐ nomina e accettazione del direttore sanitario, quando la struttura lo richiede
- ☒ documentazione attestante il possesso dei requisiti professionali del professionista sanitario o del direttore sanitario
- ☒ autocertificazione concernente la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi (per strutture già autorizzate)
- ☐ documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nei manuali con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito
- ☐ autocertificazione sul possesso dei requisiti soggettivi, in caso di studio associato, per ognuno degli associati
- ☐ delega a rappresentare in caso di studio associato
- ☒ estremi del certificato di conformità dell'impianto elettrico valido e di relativa allegata relazione tecnica
- ☒ ricevuta dei diritti sanitari
- ☒ pagamento dell'imposta di bollo
- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
(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 nuovo intestatario

il cedente