Amministrazione destinataria

Comune di Recanati

Ufficio destinatario

Servizio SUAP

Domanda di autorizzazione all'esercizio per l'erogazione di cure domiciliari di livello base, di I, II e III livello

Ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale 16/01/2023, n. 6

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**

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

da non usare per presentazione cartacea

in relazione alla struttura

Classificazione struttura

- ○ privata
- ○ pubblica

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge regionale

CHIEDE

l'autorizzazione all'esercizio della struttura adibita a

- ☐ sede organizzativa di un'organizzazione che eroga prestazioni di cure domiciliari
- ☐ sede operativa di un'organizzazione che eroga prestazioni di cure domiciliari

Livello struttura

- ○ di livello base
- ○ di I livello
- ○ di II livello
- ○ di III livello

Tipologia dell'organizzazione

Denominazione

con sede in

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							☐

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento ***(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")***

il procedimento riguarda ulteriori immobili

COMUNICA

☑ di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla realizzazione/esercizio

Numero autorizzazione	Data	Comune/SUAP

Codice ORPS

☐ che l'organizzazione, antecedentemente alla data di pubblicazione del manuale di autorizzazione relativo alla presente richiesta, ha erogato servizi di cure domiciliari

- ○ di livello base
- ○ di I livello
- ○ di II livello
- ○ di III livello

☐ di essere in possesso del codice ORPS

Codice ORPS

☐ di non essere in possesso del codice ORPS

☐ che la sede operativa coincide con la sede organizzativa

☐ che la sede operativa non coincide con la sede organizzativa

da non usare per presentazione cartacea

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

- [x] che la struttura adibita a sede organizzativa è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU
- [x] che la struttura adibita a sede operativa è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU
- [ ] di non essere proprietario dell'unità immobiliare e di essere in possesso di contratto/atto per la gestione dell'unità immobiliare
- [x] che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159
- [x] che il soggetto privato richiedente l'autorizzazione in oggetto

la direzione sanitaria/responsabilità di struttura è affidata a

Titolo	Cognome	Nome	Codice Fiscale

Partita IVA	Albo o Ordine	Sezione	Regione	Provincia	Numero iscrizione

Laureato in	Università di	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)

- [x] accettazione dell'incarico da parte del direttore sanitario/responsabile di struttura all'interno della quale dichiara che i titoli personali indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e l'assenza di situazioni di incompatibilità del direttore sanitario di cui all'articolo 10, commi 5 e comma 6 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21
- [ ] copia del permesso di soggiorno
  (da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- [ ] ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria
  (da allegare se previsti)
- [x] pagamento dell'imposta di bollo
- [ ] ulteriori immobili oggetto del procedimento
- [ ] altri allegati

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)

[ ]

Luogo	Data	il dichiarante
Recanati		

da non usare per presentazione cartacea