

Amministrazione destinataria

Comune di Recanati

Ufficio destinatario

Servizio SUAP



Domanda di autorizzazione al trasferimento per organizzazioni che erogano 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 Fis	cale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	nza			
Residenza									
Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	•		Posta elet	tronica cer	tificata		
in qualità di (questa :	sezione deve essere compil	ata se il dichiarante non è un	a persona fisi	ica)					
Denominazione/Ragione so	ociale				Tipologia				
Sede legale Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
Codice Fiscale			Partita IVA						
Telefono		Posta elettronica ordinaria			Posta elet	ttronica cer	rtificata	4	
Jacrisiana al Bacistra Impres	eso della Camara di Cammara	:-		Provincia	Numero Is				
iscrizione ai Registro Impre	ese della Camera di Commerc	10		Provincia	Numero Is	scrizione			
Iscrizione al Repertorio Eco	nomico e Amministrativo (R	EA)		Provincia	Numero is	scrizione			

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

n relazi	one alla struttura								
_	one struttura								
	vata								
) pul	bblica								
Consap	evole che è vietata la	realizzazione d	di strutture non	compatibili	con il fabbi	sogno ind	ividuato dal	la Regione	con gli atti
di prog	rammazione o che n	on rispettino i	i requisiti minii	mi generali (e specifici	individuati	i ai sensi d	ella medes	sima legge
regiona	ale								
				CHIEDE					
'autori	zzazione per il trasfer	imento della si	truttura adibita	a					
sec	de organizzativa di un	organizzazion	e che eroga pre	stazioni di c	ure domicil	iari			
	de operativa di un'org	anizzazione ch	e eroga prestaz	zioni di cure d	domiciliari				
vello stru di l	ttura ivello base								
	livello								
	l livello								
	Il livello								
	ell'organizzazione								
enominaz	tione								
					_				
attualn	nente ubicata in								
articella 1	terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat. Sea	zione Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
rovincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
he ve	rà trasferita in								
articella 1	erreni o Unità imm. urbana	Cod. cat. Sea	zione Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
								1	
rovincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
Jlteriori in	nmobili oggetto del procedimo	ento <i>(allegare il modu</i>	ulo "ulteriori immobili d	oggetto del proced	imento")				
	dimento riguarda		lteriori immobil						
									4
			C	OMUNICA					
die	essere in possesso, pe	er la struttura i			alla realiza	zazione/es	sercizio		
	nero autorizzazione		Data			Comune/			
Codi	ice ORPS								
che	e l'organizzazione è at	tualmente rea	lizzata/in eserc	izio per l'ero	gazione pr	estazioni c	li cure domi	ciliari	
_	e la sede operativa coi								
che	e la sede operativa no	n coincide con	la sede organiz	zativa					
									3

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 adibita a sed	= :			ti nel manuale di					
autorizzazione regionale per l'er ✓ che la struttura adibita a se	•	•		i nol manualo di					
che la struttura adibita a se autorizzazione regionale per l'er		·		i nei manuale di					
di non essere proprietario dell	=	· ·		zestione dell'unità					
immobiliare		, possesso (ar community acts per la g	,					
che non sussistono nei propri co	onfronti le cause di divieto,	, di decadenza o di s	ospensione di cui all'artic	olo 67 del Decreto					
legislativo 06/09/2011, n. 159									
che il soggetto privato richieden	ite l'autorizzazione in ogge	tto							
Preferente per la pratica									
Cognome Cognome	Nome		Codice Fiscale						
	76								
Data di nascita Sesso	Luogo di nascita	Luogo di nascita							
Telefono cellulare Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata						
CV									
	Elenco deg	ili allegati							
(barrare tut	ti gli allegati richiesti in fase di prese	~ A	elencati sul portale)						
✓ planimetria della struttura in s	cala 1:100, datata e sottos	scritta da tecnico ab	ilitato, quotata, riportante	la numerazione					
di ogni locale con la relativa									
disposizione delle attrezzature		, il layout di una car	rozzella comprovante l'abl	battimento delle					
barriere architettoniche, le dim									
schede dei requisiti generali e dei requisiti specifici (non organizzativi) del manuale regionale datate e sottoscritte dal									
legale rappresentante o suo delegato									
copia del permesso di soggiorn (da allegare in caso di cittadino extracom									
ricevuta di pagamento dei diritti (da allegare se previsti)	di segreterià								
✓ pagamento dell'imposta di boll	0								
ulteriori immobili oggetto del pr	ocedimento								
☐ altri allegati									
	Informativa sul trattame	ento dei dati persor	nali						
_	nto Comunitario 27/04/2016, n. 20								
dichiara di aver preso visione									
istituzionale dell'Amministrazio presentazione della pratica.	one destinataria, titolare (uei trattamento de	ne informazioni trasmess	se all'atto della					
presentazione della praciea.									
Recanati									
Luogo	Data		il dichiarante						