



Amministrazione destinataria

Comune di Recanati

Ufficio destinatario

Servizio SUAP

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza dei requisiti di un presidio sanitario o socio-sanitario

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

della struttura sanitaria o socio-sanitaria denominata

Denominazione

Tipologia prestazioni

Codifica Regolamento Regionale 01/02/ 2018, n. 1

Numero posti/posti letto (solo per gli ospedali e le strutture residenziali e semiresidenziali)

dello studio odontoiatrico, medico o altra professione sanitaria

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

in possesso dell'autorizzazione all'esercizio

Numero autorizzazione	Data	Ente di riferimento

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

ai fini della verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio di attività sanitaria, così come previsto dall'articolo 13, comma 2 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21, che il presidio ha mantenuto i requisiti minimi strutturali, tecnologici-impiantistici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie previsti dalla

<input type="radio"/>	strutture sanitarie extraospedaliere o sociosanitarie
<input type="radio"/>	DGR n. 2200/2000
<input type="radio"/>	DGR n. 937/2020 e DGR n. 938/2020
<input type="radio"/>	DGR n. 1412/2023
<input type="radio"/>	strutture ospedaliere
<input type="radio"/>	DGR n. 2200/2000
<input type="radio"/>	DGR n. 1669/2019
<input type="radio"/>	DGR n. 1468/2023
<input type="radio"/>	strutture ambulatoriali, studi professionali, terme
<input type="radio"/>	DGR n. 2200/2000
<input type="radio"/>	DGR n. 1571/2019
<input type="radio"/>	DGR n. 214/2023
<input type="radio"/>	DGR n. 1469/2019
<input type="radio"/>	strutture laboratoriali
<input type="radio"/>	DGR n. 2200/2000
<input type="radio"/>	DGR n. 1573/2019
<input type="radio"/>	DGR n. 1559/2022

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)

- n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- 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.

Recanati

Luogo

Data

il dichiarante