

## Attività produttive Crespina Lorenzana

---

**Da:** segreteriattr@regione.toscana.it  
**Inviato:** giovedì 11 aprile 2019 17:57  
**A:** segreteria TTR  
**Oggetto:** Comunicazione TTR n.6/2019 #BDR - Aggiornamento modulistica strutture sanitarie  
**Allegati:** Decreto\_n.4158\_del\_22-03-2019-Allegato-1.pdf

**Contr. completamento:** Completare  
**Stato contrassegno:** Contrassegnato

Buonasera,

vi informiamo che con D.D. 4158 del 22/03/2019 è stata aggiornata la modulistica per le attività inerenti le strutture sanitarie approvata con DD 3751/2018.

La modulistica aggiornata è stata pubblicata su STAR e ciò ha comportato l'aggiornamento dei quadri/modelli pdf pubblicati in corrispondenza dei seguenti endoprocedimenti:

RT 62.02 - □ modello 2 ampliamento, riduzione e trasformazione dell'attività □ RT 62.03 - modello 3 ampliamento dei locali, riduzione dei locali, trasformazioni interne RT 62.04 - modello 4 trasferimento in altra sede RT 62.01.01 - □ modello 5 domanda autorizzazione apertura punto prelievo decentrato RT 62.10 - □ modello 7 dichiarazione sostitutiva mantenimento requisiti □ RT 62.06 - modello 9 dichiarazione sostitutiva possesso requisiti Bivalenti RT 62.12 - □ modello 10 dichiarazione sostitutiva variazione societaria RT 62.09 - □ modello 12 dichiarazione sostitutiva ripresa attività - Endo 62.09 □

E' stato inoltre creato l'endoprocedimento RT 62.13 - modello 13 variazione Laboratorio punto prelievo decentrato e reso disponibile in variazioni dell'attività 86.11.

A disposizione per ulteriori chiarimenti si porgono

Cordiali saluti  
Segreteria del Tavolo Tecnico Regionale dei Suap

Allegato: D.D. 4158 del 22/03/2019 in formato PDF/A

--  
-----  
Segreteria del Tavolo Tecnico Regionale dei Suap dott.ssa Elisabetta Tosi dott.ssa Silvia Bertagnini dott.ssa Cristina Bruni Regione Toscana - Giunta Regionale Direzione Generale Organizzazione UFFICIO PER LA TRANSIZIONE AL DIGITALE. INFRASTRUTTURE E TECNOLOGIE PER LO SVILUPPO DELLA SOCIETA' DELL'INFORMAZIONE  
Address: Via di Novoli, 26 - 50127 Firenze  
E- mail: segreteriaTTR@regione.toscana.it  
Phone: 055 4384526, 055.4386614



**CONTENUTO:**

Modulistica:

- modello 1 domanda autorizzazione apertura;
- modello 2 ampliamento, riduzione e trasformazione dell'attività;
- modello 3 ampliamento dei locali, riduzione dei locali, trasformazioni interne;
- modello 4 trasferimento in altra sede;
- modello 5 domanda autorizzazione apertura punto prelievo decentrato;
- modello 6 dichiarazione di assunzione di incarico direttore sanitario o tecnico;
- modello 7 dichiarazione sostitutiva mantenimento requisiti;
- modello 9 dichiarazione sostitutiva possesso requisiti Bivalenti
- modello 10 dichiarazione sostitutiva variazione societaria
- modello 11 dichiarazione sostitutiva sospensione attività
- modello 12 dichiarazione sostitutiva ripresa attività
- modello 13 variazione Laboratorio punto prelievo decentrato

**MODELLO 1**

**apertura  
struttura sanitaria**

Apporre  
marca da  
bollo

Al Comune di

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(nome) (cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009, n. 51, il rilascio dell'autorizzazione all'apertura della struttura sanitaria

privata denominata \_\_\_\_\_

ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_

nella/e seguente/i sede/i \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_



Per l'erogazione delle prestazioni di:

specialistica e diagnostica ambulatoriale(B)

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>1</sup>

---

per le seguenti discipline<sup>2</sup>

attività<sup>3</sup>

---

---

---

---

---

---

---

---

ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti (C)

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>4</sup>

---

per le seguenti discipline<sup>5</sup>

attività<sup>6</sup>

---

---

---

---

---

---

---

---

per un totale di posti letto \_\_\_\_\_

**in caso di riabilitazione indicare i codici trattati (codice 56, codice 75)**

---

ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta (D)

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>7</sup>

---

per n. posti diurno \_\_\_\_\_ n. posti ciclo continuativo \_\_\_\_\_

Se D1 indicare disabilità trattate \_\_\_\_\_

---

**(indicare se eseguite prestazioni ex art. 26)**

---

1 Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera B1. In caso di B2 indicare solo le disabilità tra le attività sottostanti.

2 Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2. In caso di B2 non indicare le discipline

3 Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B1. In caso di B2 indicare le disabilità.

4 Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera C.

5 Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2

6 Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera C.

7 Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera D.

Se D1, D6, D7 indicare il tipo di riabilitazione effettuata:

cardiologica  fisica  neurologica  pneumologica  psichiatrica

Se D4 indicare area di intervento

accoglienza  terapeutico riabilitativa  specialistica  pedagogico riabilitativa

D6 presente USV

D7 presente SUAP

### **DICHIARA**

- che le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto presenta contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95.
- che le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e di essere già in possesso dell'autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95 n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.
- che le attività oggetto di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive.

Il nominativo del direttore sanitario: \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

### **MANIFESTA**

- la volontà di procedere alla successiva domanda di accreditamento entro tre mesi dalla data di adozione del provvedimento di autorizzazione.
- la volontà di non procedere alla successiva domanda di accreditamento e allega la lista di autovalutazione dei requisiti bivalenti previsti dall'allegato B del Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R); riservandosi la possibilità di procedere all'accREDITAMENTO in tempi successivi.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### **ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:**

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione del Struttura, il lotto di pertinenza, il volume edificato e la disponibilità di aree a parcheggio;

3. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi al Struttura, la superficie in metri quadri per singoli locali, la collocazione dei principali macchinari e apparecchiature;
4. documento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, comprovante la disponibilità dei locali
5. inventario delle attrezzature sanitarie;
6. elenco del personale redatto riportando il numero per la tipologia di qualifica
7. dichiarazione di assunzione di incarico da parte del direttore sanitario;
8. liste di autovalutazione;  
dovranno essere allegate le liste di autovalutazione generali (A e B e/o C e/o D) oltre le liste specifiche.

data \_\_\_\_\_

firma<sup>8</sup> \_\_\_\_\_

#### Istruzioni per la compilazione

- Compilare solo le parti di interesse;
- indicare tutte le sedi del presidio;
- per ciascuna sede, riportare la/le tipologie presenti e per ciascuna tipologia, gli elementi richiesti (disciplina, attività svolta, n. posti complessivi). Le righe contenenti le informazioni di dettaglio possono essere duplicate;
- in presenza di più discipline, indicare le attività per ciascuna disciplina;  
per le tipologie B2 e D1 indicare SOLO le disabilità

Per la corretta compilazione riferirsi alle tabelle allegate

### TABELLE

**Tabella 1: tipologie di struttura in relazione al regime di erogazione delle prestazioni**

B1.1	Medicina di Laboratorio
B1.2	Radiologia Diagnostica
B1.3	Medicina Nucleare
B1.4	Cardiologia
B1.5	Attività di Endoscopia
B1.6	Radioterapia
B1.7	Attività di Chirurgia Ambulatoriale
B1.8	Attività di Dialisi
B1.9	Attività di Medicina Fisica e Riabilitazione
B1.10	Odontoiatria
B1.11	Attività di Procreazione medicalmente assistita
B1.12	Medicina dello sport

<sup>8</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

B1.13	Strutture di genetica medica
B1.14	Struttura di medicina trasfusionale
B2.1	Centro ambulatoriale di Recupero e Riabilitazione Funzionale
B2.2	Centro di Salute Mentale
B2.3	Consultorio Familiare
B2.4	Presidi per il trattamento delle dipendenze (SERD): centro ambulatoriale
C1	Pronto Soccorso Ospedaliero
C2	Terapia Intensiva e subintensiva
C3	Area di degenza
C4	Day surgery
C5	Punto nascita-blocco parto
C6	Blocco operatorio
C7	Cardiologia invasiva
C8	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
C9	Anatomia patologica
C10	Gestione farmaci e materiale sanitario
C11	Servizio di sterilizzazione
C12	Servizio di sanificazione attrezzature, arredi e disinfestazione
C13	Servizio cucina - dispensa
C14	Servizio lavanderia - guardaroba
C15	Servizio mortuario
D1.a	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo A
D1.b	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo B
D.2	Strutture semiresidenziali di salute mentale: centro diurno psichiatrico
D.3.a	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere intensivo per adulti (SRP.1 – SRP1.DCA)
D.3.b	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale per adulti (SRP.2 A)
D.3.c	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale per adulti (SRP.2 B)
D.3.d	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 24 ore (SRP.3.1)
D.3.e	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 12 ore (SRP.3.2)
D.3.f	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale a fasce orarie (SRP.3.3)
D.3.g	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa ad alta intensità assistenziale per minori (A.1 - A.1.DCA)
D.3.h	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a media intensità assistenziale per minori (A.2)
D.3.i	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a bassa intensità assistenziale per minori (A.3)

D.4	Strutture terapeutiche per persone con disturbi da uso di sostanze e da gioco d'azzardo
D.5	Struttura residenziale per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)
D.6	Strutture residenziali per pazienti in fase post-acuta alla dimissione ospedaliera
D.7	Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale (cure intermedie)
D.8	Hospice

**Tabella 2: elenco delle discipline**

Si riportano le discipline di interesse fra quelle indicate nel Decreto del Ministero della Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni. Per le discipline equipollenti, si rinvia alla Tabella B del decreto.

<b>DISCIPLINE</b>
allergologia e immunologia
anatomia patologica
anestesia e rianimazione
angiologia
audiologia e foniatría
biochimica clinica
cardiochirurgia
cardiologia
chimica analitica
chirurgia generale
chirurgia maxillo-facciale
chirurgia pediatrica
chirurgia plastica e ricostruttiva
chirurgia toracica
chirurgia vascolare
dermatologia e venerologia
ematologia
endocrinologia
epidemiologia
farmacologia e tossicologia clinica
gastroenterologia
genetica medica
geriatria
ginecologia e ostetricia
laboratorio di genetica medica
malattie dell'apparato respiratorio
malattie infettive
malattie metaboliche e diabetologia
medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro
medicina dello sport
medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza
medicina fisica e riabilitazione
medicina interna
medicina legale
medicina nucleare
medicina trasfusionale
microbiologia e virologia

nefrologia
neonatologia
neurochirurgia
neurofisiopatologia
neurologia
neuropsichiatria infantile
neuroradiologia
odontoatria
oftalmologia
oncologia
ortopedia e traumatologia
otorinolaringoiatria
patologia clinica (lab.di analisi chimico-cliniche e microbiologia)
pediatria
psichiatria
psicologia
psicoterapia
radiodiagnostica
radioterapia
reumatologia
scienza dell'alimentazione e dietetica
urologia

Si riportano inoltre le discipline indicate dalla L.R.40/2005

medicina complementare (medicina manuale, omeopatia, fitoterapia, agopuntura)
---

**Tabella 3: attività che richiedono requisiti specifici**

Devono essere espressamente indicate nella domanda di autorizzazione tutte quelle attività che si intendono svolgere per le quali le disposizioni vigenti prevedano requisiti specifici.

Le attività devono essere esplicitate chiaramente all'interno della disciplina di riferimento (es: *disciplina: Cardiologia attività: ecocardiografia*)

B1.1a	Laboratorio generale di base
B1.1b	Punto prelievo decentrato
B1.2a	Ecografia
B1.2b	Risonanza magnetica
B1.2c	Tomografia computerizzata
B1.2.f	Risonanza magnetica settoriale
B1.2.g	Ortopantomografia
B1.2.h	Mammografia
B1.2.i	Mineralometria ossea (MOC)
B1.4.a	Ecocardiografia
B1.4.b	Ecocardiografia transesofagea
B1.4.c	Elettrocardiografia dinamica
B1.4.d	Ecostress



B1.4.e	Ergometria
B1.7.a	Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale <b>MAGGIORE COMPLESSITA'</b>
B1.7.b	Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale <b>MINORE COMPLESSITA'</b>
B1.8.a	Ambulatorio intraospedaliero
B1.8.b	Ambulatorio extraospedaliero CAD
B1.8.c	Ambulatorio extraospedaliero CAL
B1.11.a	Interventi P.M.A. livello 1
B1.11.b	Interventi P.M.A. livello 2
B1.11.f	Interventi P.M.A. livello 3
B1.12.a	Medicina dello sport I livello
B1.12.b	Medicina dello sport II livello
B1.13.a	Laboratorio
B1.13.b	Servizio clinico
B1.14.a	Servizi trasfusionali
B1.14.b	Unità di raccolta sangue
B2.1.a	Disabilità fisica
B2.1.b	Disabilità psichica
B2.1.c	Disabilità sensoriale
C3.a	Lungodegenza
C3.b	Day hospital
C3.c	Riabilitazione
C4.a	Day surgery
C5.a	Punto nascita I livello
C5.b	Punto nascita II livello
C5.c	Punto nascita III livello
<b>D1.c</b>	Disabilità fisica
<b>D1.d</b>	Disabilità psichica
<b>D1.e</b>	Disabilità sensoriale
<b>D1.f</b>	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni

**attività che non richiedono requisiti specifici**

B1.1c	Allergologia
B1.1d	Chimica clinica
B1.1e	Citofluorometria

B1.1f	Emocoagulazione
B1.1g	Genetica
B1.1h	Immunologia
B1.1i	Interleukine
B1.1l	Liquido seminale
B1.1m	Microbatteriologia
B1.1n	Microparassitologia
B1.1o	Microsierologia
B1.1p	Ormoni
B1.1q	Tossicologia
B1.a	Medicina ad indirizzo estetico



**MODELLO 2**

**ampliamento, riduzione e  
trasformazione dell'attività**

Apporre  
marca da  
bollo

Al Comune di

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

autorizzato/a all'esercizio di attività sanitaria presso la struttura sanitaria privata denominata \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_

nella/e seguente/i sede/i \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009 n. 51, il rilascio dell'autorizzazione:

all'ampliamento dell'attività erogata in **regime ambulatoriale (B)** come sotto specificato:

prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale

discipline<sup>1</sup>

attività<sup>2</sup>

---

---

---

---

---

---

prestazioni ambulatoriali di base di riabilitazione funzionale  
disabilità trattate<sup>3</sup>

---

alla riduzione dell'attività erogata in **regime ambulatoriale** come sotto specificato:

---

---

alla trasformazione dell'attività erogata in **regime ambulatoriale** come sotto specificato:

prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale

discipline<sup>1</sup>

attività<sup>2</sup>

---

---

---

---

---

---

prestazioni ambulatoriali di base di riabilitazione funzionale  
disabilità trattate<sup>3</sup>

---

all'ampliamento dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti (C)**  
nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>4</sup>

per le seguenti discipline<sup>1</sup>

attività<sup>5</sup>

---

---

---

---

per un totale di posti letto<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

**in caso di riabilitazione indicare i codici trattati (codice 56, codice 75)**

---

- 1 Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2.
- 2 Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B1
- 3 Indicare le disabilità trattate individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B2
- 4 Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera C.
- 5 Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera C.
- 6 Riportare sempre il numero complessivo di posti letto

alla riduzione dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti** come sotto specificato:

---

---

---

per un totale di posti letto<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

**in caso di riabilitazione indicare i codici trattati (codice 56, codice 75)**

---

alla trasformazione dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti** nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>7</sup>

per le seguenti discipline<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ attività<sup>8</sup> \_\_\_\_\_

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

per un totale di posti letto<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

**in caso di riabilitazione indicare i codici trattati (codice 56, codice 75)**

---

all'ampliamento dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta (D)**

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>9</sup>

---

per un n. posti diurno \_\_\_\_\_ n. ciclo continuativo \_\_\_\_\_

**(indicare se eseguite prestazioni ex art. 26)**

---

disabilità trattate \_\_\_\_\_

alla riduzione dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta** come sotto specificato:

---

---

7 Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera D.

8 Indicare le attività per le quali sono previsti requisiti specifici individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera C.

9 Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera D.

alla trasformazione dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta**

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>9</sup>

per un n. posti diurno \_\_\_\_\_ n. ciclo continuativo \_\_\_\_\_

**(indicare se eseguite prestazioni ex art. 26)**

Se D1 indicare disabilità trattate \_\_\_\_\_

Se D4 indicare area di intervento

accoglienza  terapeutico riabilitativa  specialistica  pedagogico riabilitativa

le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto presenta contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95.

che le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e di essere già in possesso dell'autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95 n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

le attività oggetto di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

che, in relazione alla variazione di attività prevista, si rendono necessarie le seguenti variazioni:

	SI'	NO
strutturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>impiantistiche/tecnologiche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>organizzative</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MANIFESTA**

(solo in caso di ampliamento e trasformazione)

la volontà di procedere alla successiva domanda di accreditamento entro tre mesi dalla data di adozione del provvedimento di autorizzazione.

la volontà di non procedere alla successiva domanda di accreditamento e allega la lista di autovalutazione dei requisiti bivalenti previsti dall'allegato B del Regolamento 7 novembre 2016, n. 79/R); riservandosi la possibilità di procedere all'accreditamento in tempi successivi.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni e dei requisiti bivalenti nel caso non si intenda procedere successivamente alla procedura dell'accreditamento;
3. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta da tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione;  
*nel caso di variazioni nell'attrezzatura:*
4. inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione;  
*nel caso di variazioni del personale:*
5. elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione redatto riportando il numero per la tipologia di qualifica;  
*nel caso di variazioni dell'organizzazione interna:*
6. documento che espliciti le variazioni nell'organizzazione interna connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma<sup>10</sup>

## TABELLE

**Tabella 1: tipologie di struttura in relazione al regime di erogazione delle prestazioni**

B1.1	Medicina di Laboratorio
B1.2	Radiologia Diagnostica
B1.3	Medicina Nucleare
B1.4	Cardiologia
B1.5	Attività di Endoscopia
B1.6	Radioterapia
B1.7	Attività di Chirurgia Ambulatoriale
B1.8	Attività di Dialisi
B1.9	Attività di Medicina Fisica e Riabilitazione
B1.10	Odontoiatria
B1.11	Attività di Procreazione medicalmente assistita
B1.12	Medicina dello sport
B1.13	Strutture di genetica medica
B1.14	Struttura di medicina trasfusionale
B2.1	Centro ambulatoriale di Recupero e Riabilitazione Funzionale
B2.2	Centro di Salute Mentale

<sup>10</sup>Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

B2.3	Consultorio Familiare
B2.4	Presidi per il trattamento delle dipendenze (SERD): centro ambulatoriale
C1	Pronto Soccorso Ospedaliero
C2	Terapia Intensiva e subintensiva
C3	Area di degenza
C4	Day surgery
C5	Punto nascita-blocco parto
C6	Blocco operatorio
C7	Cardiologia invasiva
C8	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
C9	Anatomia patologica
C10	Gestione farmaci e materiale sanitario
C11	Servizio di sterilizzazione
C12	Servizio di sanificazione attrezzature, arredi e disinfestazione
C13	Servizio cucina - dispensa
C14	Servizio lavanderia - guardaroba
C15	Servizio mortuario
D1.a	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo A
D1.b	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo B
D.2	Strutture semiresidenziali di salute mentale: centro diurno psichiatrico
D.3.a	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere intensivo per adulti (SRP.1 – SRP1.DCA)
D.3.b	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale per adulti (SRP.2 A)
D.3.c	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale per adulti (SRP.2 B)
D.3.d	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 24 ore (SRP.3.1)
D.3.e	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 12 ore (SRP.3.2)
D.3.f	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale a fasce orarie (SRP.3.3)
D.3.g	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa ad alta intensità assistenziale per minori (A.1 - A.1.DCA)
D.3.h	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a media intensità assistenziale per minori (A.2)
D.3.i	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a bassa intensità assistenziale per minori (A.3)
D.4	Strutture terapeutiche per persone con disturbi da uso di sostanze e da gioco d'azzardo
D.5	Struttura residenziale per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)
D.6	Strutture residenziali per pazienti in fase post-acuta alla dimissione ospedaliera
D.7	Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale (cure intermedie)
D.8	Hospice

## **Tabella 2: elenco delle discipline**

Si riportano le discipline di interesse fra quelle indicate nel Decreto del Ministero della Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni. Per le discipline equipollenti, si rinvia alla Tabella B del decreto.

<b>DISCIPLINE</b>
allergologia e immunologia
anatomia patologica
anestesia e rianimazione
angiologia
audiologia e foniatria
biochimica clinica
cardiochirurgia
cardiologia
chimica analitica
chirurgia generale
chirurgia maxillo-facciale
chirurgia pediatrica
chirurgia plastica e ricostruttiva
chirurgia toracica
chirurgia vascolare
dermatologia e venerologia
ematologia
endocrinologia
epidemiologia
farmacologia e tossicologia clinica
gastroenterologia
genetica medica
geriatria
ginecologia e ostetricia
laboratorio di genetica medica
malattie dell'apparato respiratorio
malattie infettive
malattie metaboliche e diabetologia
medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro
medicina dello sport
medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza
medicina fisica e riabilitazione
medicina interna
medicina legale
medicina nucleare
medicina trasfusionale
microbiologia e virologia
nefrologia
neonatologia
neurochirurgia
neurofisiopatologia
neurologia
neuropsichiatria infantile
neuroradiologia
odontoiatria
oftalmologia
oncologia
ortopedia e traumatologia



otorinolaringoiatria
patologia clinica (lab.di analisi chimico-cliniche e microbiologia)
pediatria
psichiatria
psicologia
psicoterapia
radiodiagnostica
radioterapia
reumatologia
scienza dell'alimentazione e dietetica
urologia

Si riportano inoltre le discipline indicate dalla L.R.40/2005

medicina complementare (medicina manuale, omeopatia, fitoterapia, agopuntura)
---

### Tabella 3: attività che richiedono requisiti specifici

Devono essere espressamente indicate nella domanda di autorizzazione tutte quelle attività che si intendono svolgere per le quali le disposizioni vigenti prevedano requisiti specifici.

Le attività devono essere esplicitate chiaramente all'interno della disciplina di riferimento (es: *disciplina*: Cardiologia *attività*: ecocardiografia)

B1.1a	Laboratorio generale di base
B1.1b	Punto prelievo decentrato
B1.2a	Ecografia
B1.2b	Risonanza magnetica
B1.2c	Tomografia computerizzata
B1.2.f	Risonanza magnetica settoriale
B1.2.g	Ortopantomografia
B1.2.h	Mammografia
B1.2.i	Mineralometria ossea (MOC)
B1.4.a	Ecocardiografia
B1.4.b	Ecocardiografia transesofagea
B1.4.c	Elettrocardiografia dinamica
B1.4.d	Ecostress
B1.4.e	Ergometria
B1.7.a	Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale MAGGIORE COMPLESSITA'
B1.7.b	Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale MINORE COMPLESSITA'
B1.8.a	Ambulatorio intraospedaliero
B1.8.b	Ambulatorio extraospedaliero CAD
B1.8.c	Ambulatorio extraospedaliero CAL
B1.11.a	Interventi P.M.A. livello 1
B1.11.b	Interventi P.M.A. livello 2



B1.11.f	Interventi P.M.A. livello 3
B1.12.a	Medicina dello sport I livello
B1.12.b	Medicina dello sport II livello
B1.13.a	Laboratorio
B1.13.b	Servizio clinico
B1.14.a	Servizi trasfusionali
B1.14.b	Unità di raccolta sangue
B2.1.a	Disabilità fisica
B2.1.b	Disabilità psichica
B2.1.c	Disabilità sensoriale
C3.a	Lungodegenza
C3.b	Day hospital
<b>C3.c</b>	<b>Riabilitazione</b>
C4.a	Day surgery
C5.a	Punto nascita I livello
C5.b	Punto nascita II livello
C5.c	Punto nascita III livello
D1.c	Disabilità fisica
D1.d	Disabilità psichica
D1.e	Disabilità sensoriale
D1.f	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni

**attività che non richiedono requisiti specifici**

B1.1c	Allergologia
B1.1d	Chimica clinica
B1.1e	Citofluorometria
B1.1f	Emocoagulazione
B1.1g	Genetica
B1.1h	Immunologia
B1.1i	Interleukine
B1.1l	Liquido seminale
B1.1m	Microbatteriologia
B1.1n	Microparassitologia
B1.1o	Microsierologia
B1.1p	Ormoni

B1.1q	Tossicologia
B1.a	Medicina ad indirizzo estetico

**MODELLO 3**

**ampliamento/riduzione/  
trasformazioni interne  
dei locali**

Apporre  
marca da  
bollo

Al Comune di

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(cognome)

(nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

autorizzato/a all'esercizio di attività sanitaria presso la struttura sanitaria privata denominata \_\_\_\_\_

ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_

nella/e seguente/i sede/i \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

## CHIEDE

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009, n. 51, il rilascio dell'autorizzazione:

all'ampliamento  alla riduzione  alla trasformazioni interna

dei locali come da planimetria allegata e così sinteticamente descrivibile \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## FA PRESENTE

che, in relazione all'ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali, si rendono necessarie variazioni:

	SI'	NO
<b>impiantistiche/tecnologiche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>organizzative</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

## ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

1. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta da tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;  
*nel caso di variazioni nell'attrezzatura:*
3. inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione/trasformazioni interne dei locali;  
*nel caso di variazioni del personale:*
4. elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione/ trasformazioni interne dei locali redatto riportando il numero per la tipologia di qualifica;  
*nel caso di variazioni dell'organizzazione interna:*
5. documento che espliciti le variazioni nell'organizzazione interna connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**MODELLO 4**  
**trasferimento in altra sede**

Apporre  
marca da  
bollo

Al Comune di

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

autorizzato/a all'esercizio di attività sanitaria presso la struttura sanitaria privata denominata \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_

nella/e seguente/i sede/i \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009, n. 51, il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento di detta struttura nella

nuova sede ubicata in \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

### DICHIARA

- che le attività oggetto di trasferimento prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto presenta contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95.
- che le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e di essere già in possesso dell'autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95 n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.
- le attività oggetto di trasferimento non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive.

### FA PRESENTE

che, in relazione al trasferimento di sede, si rendono necessarie variazioni:

	SI'	NO
<b>impiantistiche/tecnologiche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>organizzative</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

1. planimetria generale (timbrata, datata e sottoscritta da tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare la localizzazione del presidio, il lotto di pertinenza, il volume edificato e la disponibilità di aree a parcheggio;
2. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta da tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi al presidio, la superficie in metri quadri per singoli locali, la collocazione dei principali macchinari e apparecchiature;
3. documento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione;  
*nel caso di struttura non accreditata:*
5. lista di valutazione dei requisiti bivalenti;  
*nel caso di variazioni nell'attrezzatura:*
6. inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse al trasferimento;  
*nel caso di variazioni del personale:*
7. elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse al trasferimento redatto riportando il numero per la tipologia di qualifica;  
*nel caso di variazioni dell'organizzazione interna:*
8. documento che espliciti le variazioni nell'organizzazione interna connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**MODELLO 5**

**apertura punto di prelievo  
decentrato**

Apporre  
marca da  
bollo

Al Comune di

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(cognome)

(nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

già autorizzato/a all'esercizio dell'attività sanitaria di medicina di laboratorio presso la struttura sanitaria privata denominata \_\_\_\_\_

ubicata in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

collegato funzionalmente alla struttura sanitaria autorizzata all'esercizio dell'attività sanitaria di medicina di laboratorio denominata \_\_\_\_\_

ubicato in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

autorizzato dal Comune di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

## CHIEDE

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009 n. 51, il rilascio dell'autorizzazione all'apertura di un punto di prelievo

ubicato in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

ubicato in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

## MANIFESTA

- la volontà di procedere alla successiva domanda di accreditamento entro tre mesi dalla data di adozione del provvedimento di autorizzazione, in quanto il laboratorio autorizzato o collegato funzionalmente è accreditato. <sup>1</sup>
- la volontà di non procedere alla successiva domanda di accreditamento e allega la lista di autovalutazione dei requisiti bivalenti previsti dall'allegato B del Regolamento 7 novembre 2016, n. 79/R).

## ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

1. planimetria generale, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione del punto di prelievo, il lotto di pertinenza, il volume edificato e la disponibilità di aree a parcheggio;
2. planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi al punto di prelievo, la superficie in metri quadri per singoli locali;
3. documento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, comprovante la disponibilità dei locali;
4. inventario delle attrezzature sanitarie;
5. elenco del personale redatto riportando il numero per la tipologia di qualifica;
6. liste di autovalutazione;
7. dichiarazione comprovante il collegamento funzionale rilasciata dal laboratorio.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma<sup>2</sup>

<sup>1</sup> La domanda dovrà essere presentata entro tre mesi dalla data di adozione del provvedimento di autorizzazione.

<sup>2</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.



**MODELLO 6**

**Dichiarazione di  
assunzione di incarico  
Direttore sanitario o  
tecnico**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

assume l'incarico di direttore sanitario della struttura ambulatoriale denominata:

\_\_\_\_\_

ubicata in \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

con impegno orario settimanale di n. \_\_\_\_ore<sup>1</sup> a far data da \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000.

**DICHIARA**

di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_

rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

oppure

di aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico sanitaria presso i seguenti enti o

strutture sanitarie pubbliche e private \_\_\_\_\_

*per le strutture monospecialistiche odontoiatriche*

di essere in possesso della laurea in odontoiatria rilasciata da

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*per gli ambulatori che svolgono esclusivamente attività di medicina di laboratorio*

di essere in possesso di laurea specialistica in: a)biologia o equipollente b) chimica o equipollente

rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In base alla tipologia di cui all'art. 9 del Regolamento di attuazione n. 79/R del 17 novembre 2016.

oppure

di aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico sanitaria presso i seguenti enti o strutture sanitarie pubbliche e private \_\_\_\_\_

*per le strutture di riabilitazione per i tossicodipendenti*

di essere in possesso del diploma di laurea magistrale in medicina o psicologia rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e

esperienza lavorativa, almeno biennale, in comunità residenziali o semiresidenziali per tossicodipendenti, a gestione pubblica o privata \_\_\_\_\_

*per le strutture residenziali psichiatriche*

di essere in possesso di laurea specialistica in: psichiatria o equipollenti rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### **DICHIARA INOLTRE:**

di non essere proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura<sup>2</sup>;

di essere informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data \_\_\_\_\_

firma<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Escluse le strutture ambulatoriali monospecialistiche

<sup>3</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**MODELLO 7**

**Dichiarazione sostitutiva  
mantenimento requisiti**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

in possesso di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria

rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_

per la struttura privata denominata \_\_\_\_\_

ubicata nella/e seguente/i sede/i \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

Per l'erogazione delle prestazioni di:

specialistica e diagnostica ambulatoriale(B)

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>1</sup>

per le seguenti discipline<sup>2</sup>

attività<sup>3</sup>

---

---

---

---

---

---

---

---

ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti (C)

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>4</sup>

per le seguenti discipline<sup>5</sup>

attività<sup>6</sup>

---

---

---

---

---

---

---

---

per un totale di posti letto \_\_\_\_\_

**in caso di riabilitazione indicare i codici trattati (codice 56, codice 75)**

\_\_\_\_\_

ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta (D)

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura<sup>7</sup>

\_\_\_\_\_

per un n. posti diurno \_\_\_\_\_ n. ciclo continuativo \_\_\_\_\_

Se D1 indicare disabilità trattate \_\_\_\_\_

**(indicare se eseguite prestazioni ex art. 26)**

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera B1. In caso di B2 indicare le disabilità

<sup>2</sup>Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2. In caso di B2 non indicare le discipline

<sup>3</sup>Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B1. In caso di B2 indicare le disabilità

<sup>4</sup>Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera C.

<sup>5</sup>Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2

<sup>6</sup>Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera C.

<sup>7</sup>Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera D.

Se D1, D6, D7 indicare il tipo di riabilitazione effettuata:

cardiologica  fisica  neurologica  pneumologica  psichiatrica

Se D4 indicare area di intervento

accoglienza  terapeutico riabilitativa  specialistica  pedagogico riabilitativa

D6 presente USV

D7 presente SUAP

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi così come disposto dagli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. n. 445/2000

#### DICHIARA

che la struttura ha mantenuto i requisiti previsti dal regolamento n. 79/R/2016.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma<sup>8</sup>

#### Istruzioni per la compilazione

- Compilare solo le parti di interesse;
- indicare tutte le sedi del presidio;
- per ciascuna sede, riportare la/le tipologie presenti e per ciascuna tipologia, gli elementi richiesti (disciplina, attività svolta, n. posti complessivi). Le righe contenenti le informazioni di dettaglio possono essere duplicate;
- in presenza di più discipline, indicare le attività per ciascuna disciplina;  
per le tipologie B2 e D1 indicare SOLO le disabilità

Per la corretta compilazione riferirsi alle tabelle allegate

<sup>8</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

## TABELLE

**Tabella 1: tipologie di struttura in relazione al regime di erogazione delle prestazioni**

B1.1	Medicina di Laboratorio
B1.2	Radiologia Diagnostica
B1.3	Medicina Nucleare
B1.4	Cardiologia
B1.5	Attività di Endoscopia
B1.6	Radioterapia
B1.7	Attività di Chirurgia Ambulatoriale
B1.8	Attività di Dialisi
B1.9	Attività di Medicina Fisica e Riabilitazione
B1.10	Odontoiatria
B1.11	Attività di Procreazione medicalmente assistita
B1.12	Medicina dello sport
B1.13	Strutture di genetica medica
B1.14	Struttura di medicina trasfusionale
B2.1	Centro ambulatoriale di Recupero e Riabilitazione Funzionale
B2.2	Centro di Salute Mentale
B2.3	Consultorio Familiare
B2.4	Presidi per il trattamento delle dipendenze (SERD): centro ambulatoriale
C1	Pronto Soccorso Ospedaliero
C2	Terapia Intensiva e subintensiva
C3	Area di degenza
C4	Day surgery
C5	Punto nascita-blocco parto
C6	Blocco operatorio
C7	Cardiologia invasiva
C8	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
C9	Anatomia patologica
C10	Gestione farmaci e materiale sanitario
C11	Servizio di sterilizzazione
C12	Servizio di sanificazione attrezzature, arredi e disinfestazione
C13	Servizio cucina - dispensa
C14	Servizio lavanderia - guardaroba

C15	Servizio mortuario
D1.a	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo A
D1.b	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo B
D.2	Strutture semiresidenziali di salute mentale: centro diurno psichiatrico
D.3.a	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere intensivo per adulti (SRP.1 – SRP1.DCA)
D.3.b	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale per adulti (SRP.2 A)
D.3.c	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale per adulti (SRP.2 B)
D.3.d	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 24 ore (SRP.3.1)
D.3.e	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 12 ore (SRP.3.2)
D.3.f	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale a fasce orarie (SRP.3.3)
D.3.g	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa ad alta intensità assistenziale per minori (A.1 - A.1.DCA)
D.3.h	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a media intensità assistenziale per minori (A.2)
D.3.i	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a bassa intensità assistenziale per minori (A.3)
D.4	Strutture terapeutiche per persone con disturbi da uso di sostanze e da gioco d'azzardo
D.5	Struttura residenziale per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)
D.6	Strutture residenziali per pazienti in fase post-acuta alla dimissione ospedaliera
D.7	Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale (cure intermedie)
D.8	Hospice

### **Tabella 2: elenco delle discipline**

Si riportano le discipline di interesse fra quelle indicate nel Decreto del Ministero della Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni. Per le discipline equipollenti, si rinvia alla Tabella B del decreto.

<b>DISCIPLINE</b>
allergologia e immunologia
anatomia patologica
anestesia e rianimazione
angiologia
audiologia e foniatra
biochimica clinica
cardiologia
cardiologia
chimica analitica
chirurgia generale
chirurgia maxillo-facciale
chirurgia pediatrica
chirurgia plastica e ricostruttiva
chirurgia toracica
chirurgia vascolare
dermatologia e venerologia



ematologia
endocrinologia
epidemiologia
farmacologia e tossicologia clinica
gastroenterologia
genetica medica
geriatria
ginecologia e ostetricia
laboratorio di genetica medica
malattie dell'apparato respiratorio
malattie infettive
malattie metaboliche e diabetologia
medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro
medicina dello sport
medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza
medicina fisica e riabilitazione
medicina interna
medicina legale
medicina nucleare
medicina trasfusionale
microbiologia e virologia
nefrologia
neonatologia
neurochirurgia
neurofisiopatologia
neurologia
neuropsichiatria infantile
neuroradiologia
odontoiatria
oftalmologia
oncologia
ortopedia e traumatologia
otorinolaringoiatria
patologia clinica (lab.di analisi chimico-cliniche e microbiologia)
pediatria
psichiatria
psicologia
psicoterapia
radiodiagnostica
radioterapia
reumatologia
scienza dell'alimentazione e dietetica
urologia

Si riportano inoltre le discipline indicate dalla L.R.40/2005

medicina complementare (medicina manuale, omeopatia, fitoterapia, agopuntura)
---

**Tabella 3: attività che richiedono requisiti specifici**

Devono essere espressamente indicate nella domanda di autorizzazione tutte quelle attività che si intendono svolgere per le quali le disposizioni vigenti prevedano requisiti specifici.



Le attività devono essere esplicitate chiaramente all'interno della disciplina di riferimento (es: *disciplina: Cardiologia attività: ecocardiografia*)

B1.1a	Laboratorio generale di base
B1.1b	Punto prelievo decentrato
B1.2a	Ecografia
B1.2b	Risonanza magnetica
B1.2c	Tomografia computerizzata
B1.2.f	Risonanza magnetica settoriale
B1.2.g	Ortopantomografia
B1.2.h	Mammografia
B1.2.i	Mineralometria ossea (MOC)
B1.4.a	Ecocardiografia
B1.4.b	Ecocardiografia transesofagea
B1.4.c	Elettrocardiografia dinamica
B1.4.d	Ecostress
B1.4.e	Ergometria
B1.7.a	Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale MAGGIORE COMPLESSITA'
B1.7.b	Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale MINORE COMPLESSITA'
B1.8.a	Ambulatorio intraospedaliero
B1.8.b	Ambulatorio extraospedaliero CAD
B1.8.c	Ambulatorio extraospedaliero CAL
B1.11.a	Interventi P.M.A. livello 1
B1.11.b	Interventi P.M.A. livello 2
B1.11.f	Interventi P.M.A. livello 3
B1.12.a	Medicina dello sport I livello
B1.12.b	Medicina dello sport II livello
B1.13.a	Laboratorio
B1.13.b	Servizio clinico
B1.14.a	Servizi trasfusionali
B1.14.b	Unità di raccolta sangue
B2.1.a	Disabilità fisica
B2.1.b	Disabilità psichica
B2.1.c	Disabilità sensoriale
C3.a	Lungodegenza
C3.b	Day hospital

C3.c	Riabilitazione
C4.a	Day surgery
C5.a	Punto nascita I livello
C5.b	Punto nascita II livello
C5.c	Punto nascita III livello
D1.c	Disabilità fisica
D1.d	Disabilità psichica
D1.e	Disabilità sensoriale
D1.f	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni

**attività che non richiedono requisiti specifici**

B1.1c	Allergologia
B1.1d	Chimica clinica
B1.1e	Citofluorometria
B1.1f	Emocoagulazione
B1.1g	Genetica
B1.1h	Immunologia
B1.1i	Interleukine
B1.1l	Liquido seminale
B1.1m	Microbatteriologia
B1.1n	Microparassitologia
B1.1o	Microsierologia
B1.1p	Ormoni
B1.1q	Tossicologia
B1.a	Medicina ad indirizzo estetico

**MODELLO 9**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA POSSESSO**  
**REQUISITI BIVALENTI**  
**di cui allegato B reg.to 79/R**

Al Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: L. R. 51/09 e Regolamento attuativo 17 Novembre 2016 n. 79/R**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**in qualità di legale rappresentante**

della società \_\_\_\_\_

con sede legale a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**della struttura sanitaria privata**

denominata \_\_\_\_\_

ubicata nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

(sede principale)

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

(altre sedi)

**DICHIARA**

**ai sensi della L. R. 51/09 e del Regolamento attuativo 17 novembre 2016 n. 79/R**

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000

ai sensi ed in base a quanto disposto dall'art. 25 del Regolamento n. 79/R/2016

**IL POSSESSO**

dei requisiti bivalenti di cui all'allegato B del Regolamento n. 79/R/2016 comprovati dalla relativa lista di autovalutazione allegata.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data.....

firma <sup>1</sup>

.....

Allegare la lista di autovalutazione Requisiti Bivalenti

---

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**MODELLO 10**

**variazione societaria**

Al Comune di

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(cognome)

(nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

della società \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009, n. 51, il subentro nella titolarità della

struttura sanitaria privata denominata \_\_\_\_\_

ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_

nella/e seguente/i sede/i \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

di cui è attualmente titolare la società \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

ALLEGA

1. atto o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, comprovante il cambio di titolarità.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**MODELLO 11**

**Sospensione attività**

Al Comune di

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

autorizzato/a all'esercizio di attività sanitaria presso la struttura sanitaria privata denominata \_\_\_\_\_

ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_

nella/e seguente/i sede/i \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009, n. 51, e del DPGR 79/R la temporanea sospensione dell'attività sanitaria  
(in caso di parziale sospensione indicare le discipline soggette alla sospensione)

---

---

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.



**MODELLO 12**

**Ripresa attività**

Al Comune di

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(cognome)

(nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_

(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

autorizzato/a all'esercizio di attività sanitaria presso la struttura sanitaria privata denominata \_\_\_\_\_

ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_

nella/e seguente/i sede/i \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

indirizzo Pec \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009, n. 51, e del DPGR 79/R **la ripresa dell'attività** sanitaria sospesa in

data \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**MODELLO 13**

**variazione laboratorio  
punto prelievo decentrato**

Al Comune di

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

autorizzato/a all'esercizio dell'attività sanitaria di punto prelievo decentrato  
ubicata in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

( riportare tutti i punti prelievo interessati dalla variazione insistenti sul territorio comunale)

**COMUNICA**

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009 n. 51,

la variazione della struttura sanitaria autorizzata all'esercizio dell'attività di medicina di laboratorio a cui il/i  
punto/i prelievo/ è collegato funzionalmente

denominata \_\_\_\_\_

ubicata in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

autorizzata dal Comune di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA :

1. dichiarazione comprovante il collegamento funzionale rilasciata dal laboratorio.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.