

**Amministrazione destinataria**

Regione Marche

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo



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

--

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**

P.T. o U.I.U.

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

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 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
- ☒ 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
- ☒ 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
- ☒ 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)

- ☒ 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)
- ☒ 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)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet

Luogo	Data	il dichiarante