

**Amministrazione destinataria**

Regione Marche

**Ufficio destinatario**

Ufficio Protocollo



## Domanda di autorizzazione all'ampliamento di una struttura sanitaria in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti

*Ai sensi dell'articolo 8 della Legge regionale 30/09/2016, n. 21*

**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

--

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture sanitarie in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti, 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 Legge regionale 30/09/2016, n. 21

#### CHIEDE

l'autorizzazione per l'ampliamento

<input type="checkbox"/>	l'ampliamento strutturale
<input type="checkbox"/>	l'incremento posti/posti letto
<input type="checkbox"/>	l'incremento punti di cura
<input type="checkbox"/>	l'incremento funzioni

#### della struttura sanitaria in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti denominata

Denominazione struttura

Tipologia della struttura (specificare codice regolamento regionale)

Numero posti letto

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed impiantistici riportati nel manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della Legge regionale 30/09/2016, n. 21 e allegati alla presente domanda.

#### 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 non essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della Legge regionale 16/03/2000, n. 20
- ☐ di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della Legge regionale 16/03/2000, n. 20

Numero	Data	Comune 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

- ☐ che è stata presentata contestualmente alla presente, istanza di permesso di costruire per le opere da realizzare a firma del soggetto legittimato

Numero protocollo	Data

- ☐ che non saranno eseguite opere in quanto la struttura è già idonea e legittimata con atto

Tipologia (PDC, SCIA, ecc.)	Numero	Data

- ☒ 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 la struttura oggetto dell'istanza

<input type="radio"/>	è soggetta alla valutazione antisismica ai sensi della normativa vigente
<input type="radio"/>	non è soggetta alla valutazione antisismica ai sensi della normativa vigente

☐ **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)*

- ☒ planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura
- ☒ relazione tecnico illustrativa dell'intervento proposto con la quale si descrivono le modalità con le quali si raggiungono i requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici
- ☒ asseverazione del tecnico abilitato che dia garanzia del rispetto dei requisiti previsti nelle schede di riferimento del manuale regionale di autorizzazione
- ☒ copia o estremi del certificato di agibilità o abitabilità
- ☐ dichiarazione di rispondenza degli impianti tecnologici  
*(in caso di assenza del certificato di conformità)*
- ☐ esito della valutazione antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente
- ☐ 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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo	Data	il dichiarante