

### 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 genetica medica – tipologia test
- modello 14 variazione societaria non soggetta a subentro
- modello 15 variazione laboratorio punto prelievi 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 \_\_\_\_\_

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

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

Attività<sup>8</sup> \_\_\_\_\_

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

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

---

**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

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

<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 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.

<sup>8</sup> Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera D (in particolare per D1 specificare le disabilità trattate)

- 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.
- in caso di Attività EuNT - "Strutture non dotate di Servizio Trasfusionale che utilizzano emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale", di procedere alla stipula di specifica convenzione con l'azienda sanitaria in cui opera il servizio trasfusionale di riferimento (D.M. 2/11/2015 - DGR 1421/2016)

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 ss.mm.ii., riservandosi la possibilità di procedere all'accreditamento in tempi successivi.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>9</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>9</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.

AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI GENERALI (ex A23)

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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

che la struttura, in relazione all'attività svolta, è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- caratteristiche ambientali e di accessibilità
- protezione antisismica
- prevenzione incendi
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità di erogazione dell'energia elettrica
- prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro
- protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>10</sup> \_\_\_\_\_

<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

## TABELLE

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

CODICE	DESCRIZIONE
B	REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI AMBULATORIALI
B1.1	Medicina di Laboratorio
B1.2	Radiologia Diagnostica ed Interventistica
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
B1.15	Medicina Iperbarica
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
B2.5	Casa della Salute
C1	Pronto Soccorso Ospedaliero
C2	Terapia Intensiva e subintensiva
C3	Area di degenza
C4	Radiologia interventistica
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

---

di identità del sottoscrittore.

C16	Centro trapianti
C17	Medicina Nucleare Terapeutica
D1	Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali
D.2	Strutture semiresidenziali di salute mentale: centro diurno psichiatrico
D.3	Presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale e psichiatrica
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
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)

CODICE	DESCRIZIONE
EuNT	Utilizzo di emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale (EuNT)
B1.1a	Laboratorio generale di base
B1.1b	Punto prelievo decentrato
B1.2a	Ecografia
B1.2b	Risonanza magnetica
B1.2c	Tomografia computerizzata
B1.2f	Risonanza magnetica settoriale
B1.2g	Ortopantomografia
B1.2h	Mammografia

B1.2i	Mineralometria ossea (MOC)
B1.2l	Radiologia interventistica di 1° livello
B1.4a	Ecocardiografia
B1.4b	Ecocardiografia transesofagea
B1.4c	Elettrocardiografia dinamica
B1.4d	Ecostress
B1.4e	Ergometria
B1.7a	Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale - MAGGIORE COMPLESSITA'
B1.7b	Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale - MINORE COMPLESSITA'
B1.7c	Radiologia interventistica di 1° livello
B1.7d	Radiologia interventistica di 2° livello
B1.8a	Ambulatorio intraospedaliero
B1.8b	Ambulatorio extraospedaliero CAD
B1.8c	Ambulatorio extraospedaliero CAL
B1.11a	Interventi P.M.A. livello 1
B1.11b	Interventi P.M.A. livello 2
B1.11f	Interventi P.M.A. livello 3
B1.12a	Medicina dello sport II livello - a
B1.12b	Medicina dello sport II livello - b
B1.13a	Laboratorio
B1.13b	Servizio clinico
B1.14a	Servizi trasfusionali
B1.14b	Unità di raccolta sangue
B2.1a	Disabilità fisica
B2.1b	Disabilità psichica
B2.1c	Disabilità sensoriale
C.3a	Lungodegenza
C.3b	Day hospital
C.3c	Riabilitazione
C.3d	Day surgery
C.3e	Riabilitazione cod.56
C.3f	Riabilitazione cod. 75
C.4b	Radiologia interventistica di 2° livello
C.4c	Radiologia interventistica di 3° livello
C.5a	Primo livello - base
C.5b	Primo livello - avanzato
C.5c	Secondo livello - base
C.5d	Secondo livello - avanzato
D.1a	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo A
D.1b	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo B
D.1c	Disabilità fisica
D.1d	Disabilità psichica
D.1e	Disabilità sensoriale

D.1f	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni
D.1g	riabilitazione cardiologica
D.1h	riabilitazione fisica
D.1i	riabilitazione neurologica
D.1l	riabilitazione pneumologica
D.1m	riabilitazione psichiatrica
D.3a	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere intensivo per adulti (SRP.1 – SRP1.DCA)
D.3b	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale per adulti (SRP.2 A)
D.3c	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale per adulti (SRP.2 B)
D.3d	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 24 ore (SRP.3.1)
D.3e	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 12 ore (SRP.3.2)
D.3f	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale a fasce orarie (SRP.3.3)
D.3g	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa ad alta intensità assistenziale per minori (A.1 - A.1.DCA)
D.3h	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a media intensità assistenziale per minori (A.2)
D.3i	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a bassa intensità assistenziale per minori (A.3)
D.4a	Area d'intervento - Accoglienza
D.4b	Area d'intervento - Terapeutico riabilitativa
D.4c	Area d'intervento - Specialistica
D.4d	Area d'intervento - Pedagogico-riabilitativa
D.6a	Unità stati vegetativi (USV)
D.6b	riabilitazione cardiologica
D.6c	riabilitazione fisica
D.6d	riabilitazione neurologica
D.6e	riabilitazione pneumologica
D.6f	riabilitazione psichiatrica
D.7a	Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP)
D.7b	riabilitazione cardiologica
D.7c	riabilitazione fisica
D.7d	riabilitazione neurologica
D.7e	riabilitazione pneumologica
D.7f	riabilitazione psichiatrica

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
B.a	Medicina ad indirizzo estetico
B.b	Medicina dello sport di I livello
B.c	Ecocolordoppler

**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>4</sup>

attività<sup>5</sup>

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

prestazioni ambulatoriali di base di riabilitazione funzionale  
disabilità trattate<sup>6</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>7</sup>

---

<sup>1</sup> Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2.

<sup>2</sup> Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B1

<sup>3</sup> Indicare le disabilità trattate individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B2

<sup>4</sup> Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2.

<sup>5</sup> Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B1

<sup>6</sup> Indicare le disabilità trattate individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B2

<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 C.

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

attività<sup>8</sup>

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

per un totale di posti letto<sup>9</sup> \_\_\_\_\_

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> \_\_\_\_\_

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>10</sup>

\_\_\_\_\_

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

attività<sup>11</sup>

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

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>12</sup> \_\_\_\_\_

Attività<sup>13</sup> \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

<sup>8</sup> Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera C.

<sup>9</sup> Riportare sempre il numero complessivo di posti letto

<sup>10</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>11</sup> 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.

<sup>12</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.

<sup>13</sup> Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera D (in particolare per D1 specificare le disabilità trattate)

---

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

---

---

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>14</sup> \_\_\_\_\_

Attività<sup>15</sup> \_\_\_\_\_

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

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

---

### **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.

in caso di Attività EuNT - "Strutture non dotate di Servizio Trasfusionale che utilizzano emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale", di procedere alla stipula di specifica convenzione con l'azienda sanitaria in cui opera il servizio trasfusionale di riferimento (D.M. 2/11/2015 - DGR 1421/2016)

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)

---

<sup>14</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.

<sup>15</sup> Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera D (in particolare per D1 specificare le disabilità trattate)

- 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 ss.mm.ii.), 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.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>16</sup> \_\_\_\_\_

---

<sup>16</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.

AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI GENERALI (ex A23)

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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

che la struttura, in relazione all'attività svolta, è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- caratteristiche ambientali e di accessibilità
- protezione antisismica
- prevenzione incendi
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità di erogazione dell'energia elettrica
- prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro
- protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>17</sup> \_\_\_\_\_

<sup>17</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.

## TABELLE

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

CODICE	DESCRIZIONE
B	REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI AMBULATORIALI
B1.1	Medicina di Laboratorio
B1.2	Radiologia Diagnostica ed Interventistica
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
B1.15	Medicina Iperbarica
B2.1	Centro ambulatoriale di Recupero e Riabilitazione Funzionale
B2.2	Centro di Salute Mentale
B2.3	Consulterio Familiare
B2.4	Presidi per il trattamento delle dipendenze (SERD): centro ambulatoriale
B2.5	Casa della Salute
C1	Pronto Soccorso Ospedaliero
C2	Terapia Intensiva e subintensiva
C3	Area di degenza
C4	Radiologia interventistica
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
C16	Centro trapianti
C17	Medicina Nucleare Terapeutica
D1	Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali
D.2	Strutture semiresidenziali di salute mentale: centro diurno psichiatrico
D.3	Presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale e psichiatrica

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
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*)

CODICE	DESCRIZIONE
EuNT	Utilizzo di emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale (EuNT)
B1.1a	Laboratorio generale di base
B1.1b	Punto prelievo decentrato
B1.2a	Ecografia
B1.2b	Risonanza magnetica
B1.2c	Tomografia computerizzata
B1.2f	Risonanza magnetica settoriale
B1.2g	Ortopantomografia
B1.2h	Mammografia
B1.2i	Mineralometria ossea (MOC)
B1.2l	Radiologia interventistica di 1° livello
B1.4a	Ecocardiografia
B1.4b	Ecocardiografia transesofagea
B1.4c	Elettrocardiografia dinamica
B1.4d	Ecostress
B1.4e	Ergometria
B1.7a	Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale - MAGGIORE COMPLESSITA'
B1.7b	Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale - MINORE COMPLESSITA'

B1.7c	Radiologia interventistica di 1° livello
B1.7d	Radiologia interventistica di 2° livello
B1.8a	Ambulatorio intraospedaliero
B1.8b	Ambulatorio extraospedaliero CAD
B1.8c	Ambulatorio extraospedaliero CAL
B1.11a	Interventi P.M.A. livello 1
B1.11b	Interventi P.M.A. livello 2
B1.11f	Interventi P.M.A. livello 3
B1.12a	Medicina dello sport II livello - a
B1.12b	Medicina dello sport II livello - b
B1.13a	Laboratorio
B1.13b	Servizio clinico
B1.14a	Servizi trasfusionali
B1.14b	Unità di raccolta sangue
B2.1a	Disabilità fisica
B2.1b	Disabilità psichica
B2.1c	Disabilità sensoriale
C.3a	Lungodegenza
C.3b	Day hospital
C.3c	Riabilitazione
C.3d	Day surgery
C.3e	Riabilitazione cod.56
C.3f	Riabilitazione cod. 75
C.4b	Radiologia interventistica di 2° livello
C.4c	Radiologia interventistica di 3° livello
C.5a	Primo livello - base
C.5b	Primo livello - avanzato
C.5c	Secondo livello - base
C.5d	Secondo livello - avanzato
D.1a	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo A
D.1b	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo B
D.1c	Disabilità fisica
D.1d	Disabilità psichica
D.1e	Disabilità sensoriale
D.1f	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni
D.1g	riabilitazione cardiologica
D.1h	riabilitazione fisica
D.1i	riabilitazione neurologica
D.1l	riabilitazione pneumologica
D.1m	riabilitazione psichiatrica
D.3a	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere intensivo per adulti (SRP.1 – SRP1.DCA)
D.3b	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale per adulti (SRP.2 A)

D.3c	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale per adulti (SRP.2 B)
D.3d	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 24 ore (SRP.3.1)
D.3e	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 12 ore (SRP.3.2)
D.3f	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale a fasce orarie (SRP.3.3)
D.3g	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa ad alta intensità assistenziale per minori (A.1 - A.1.DCA)
D.3h	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a media intensità assistenziale per minori (A.2)
D.3i	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a bassa intensità assistenziale per minori (A.3)
D.4a	Area d'intervento - Accoglienza
D.4b	Area d'intervento - Terapeutico riabilitativa
D.4c	Area d'intervento - Specialistica
D.4d	Area d'intervento - Pedagogico-riabilitativa
D.6a	Unità stati vegetativi (USV)
D.6b	riabilitazione cardiologica
D.6c	riabilitazione fisica
D.6d	riabilitazione neurologica
D.6e	riabilitazione pneumologica
D.6f	riabilitazione psichiatrica
D.7a	Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP)
D.7b	riabilitazione cardiologica
D.7c	riabilitazione fisica
D.7d	riabilitazione neurologica
D.7e	riabilitazione pneumologica
D.7f	riabilitazione psichiatrica

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
B.a	Medicina ad indirizzo estetico
B.b	Medicina dello sport di I livello
B.c	Ecocolordoppler

**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'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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> \_\_\_\_\_  
**AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI GENERALI (ex A23)**

-

<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.

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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

che la struttura, in relazione all'attività svolta, è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- caratteristiche ambientali e di accessibilità
- protezione antisismica
- prevenzione incendi
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità di erogazione dell'energia elettrica
- prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro
- protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>2</sup> \_\_\_\_\_

2 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'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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> \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI GENERALI (ex A23)

-

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

<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.

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 \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

che la struttura, in relazione all'attività svolta, è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- caratteristiche ambientali e di accessibilità
- protezione antisismica
- prevenzione incendi
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità di erogazione dell'energia elettrica
- prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro
- protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>2</sup> \_\_\_\_\_

<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 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'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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> \_\_\_\_\_

#### **AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI GENERALI (ex A23)**

- 1 La domanda dovrà essere presentata entro tre mesi dalla data di adozione del provvedimento di autorizzazione.
- 2 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.

-

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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

che la struttura, in relazione all'attività svolta, è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- caratteristiche ambientali e di accessibilità
- protezione antisismica
- prevenzione incendi
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità di erogazione dell'energia elettrica
- prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro
- protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>3</sup> \_\_\_\_\_

3 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**

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

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

nato/a a \_\_\_\_\_ (cognome) (nome)  
il \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (indirizzo completo)  
codice fiscale \_\_\_\_\_

e di essere iscritto all'Ordine della Provincia di \_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_

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

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

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

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 strutture sanitarie polispecialistiche presso le quali è presente un ambulatorio odontoiatrico ove il*

1 In base alla tipologia di cui all'art. 9 del Regolamento di attuazione n. 79/R del 17 novembre 2016 e ss.mm.ii..

*direttore sanitario non abbia i requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività odontoiatrica*

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 \_\_\_\_\_

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>;

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>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> \_\_\_\_\_

attività<sup>8</sup> \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

<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.

<sup>8</sup> Indicare le attività ricomprese nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera D (in particolare per D1 specificare le disabilità trattate)

## DICHIARA

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

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>9</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

CODICE	DESCRIZIONE
B	REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI AMBULATORIALI
B1.1	Medicina di Laboratorio
B1.2	Radiologia Diagnostica ed Interventistica
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

<sup>9</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

B1.11	Attività di Procreazione medicalmente assistita
B1.12	Medicina dello sport
B1.13	Strutture di genetica medica
B1.14	Struttura di medicina trasfusionale
B1.15	Medicina Iperbarica
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
B2.5	Casa della Salute
C1	Pronto Soccorso Ospedaliero
C2	Terapia Intensiva e subintensiva
C3	Area di degenza
C4	Radiologia interventistica
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
C16	Centro trapianti
C17	Medicina Nucleare Terapeutica
D1	Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali
D.2	Strutture semiresidenziali di salute mentale: centro diurno psichiatrico
D.3	Presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale e psichiatrica
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
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)

CODICE	DESCRIZIONE
EuNT	Utilizzo di emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale (EuNT)
B1.1a	Laboratorio generale di base
B1.1b	Punto prelievo decentrato
B1.2a	Ecografia
B1.2b	Risonanza magnetica
B1.2c	Tomografia computerizzata
B1.2f	Risonanza magnetica settoriale
B1.2g	Ortopantomografia
B1.2h	Mammografia
B1.2i	Mineralometria ossea (MOC)
B1.2l	Radiologia interventistica di 1° livello
B1.4a	Ecocardiografia
B1.4b	Ecocardiografia transesofagea
B1.4c	Elettrocardiografia dinamica
B1.4d	Ecostress
B1.4e	Ergometria

B1.7a	Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale - MAGGIORE COMPLESSITA'
B1.7b	Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale - MINORE COMPLESSITA'
B1.7c	Radiologia interventistica di 1° livello
B1.7d	Radiologia interventistica di 2° livello
B1.8a	Ambulatorio intraospedaliero
B1.8b	Ambulatorio extraospedaliero CAD
B1.8c	Ambulatorio extraospedaliero CAL
B1.11a	Interventi P.M.A. livello 1
B1.11b	Interventi P.M.A. livello 2
B1.11f	Interventi P.M.A. livello 3
B1.12a	Medicina dello sport II livello - a
B1.12b	Medicina dello sport II livello - b
B1.13a	Laboratorio
B1.13b	Servizio clinico
B1.14a	Servizi trasfusionali
B1.14b	Unità di raccolta sangue
B2.1a	Disabilità fisica
B2.1b	Disabilità psichica
B2.1c	Disabilità sensoriale
C.3a	Lungodegenza
C.3b	Day hospital
C.3c	Riabilitazione
C.3d	Day surgery
C.3e	Riabilitazione cod.56
C.3f	Riabilitazione cod. 75
C.4b	Radiologia interventistica di 2° livello
C.4c	Radiologia interventistica di 3° livello
C.5a	Primo livello - base
C.5b	Primo livello - avanzato
C.5c	Secondo livello - base
C.5d	Secondo livello - avanzato
D.1a	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo A
D.1b	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo B
D.1c	Disabilità fisica
D.1d	Disabilità psichica
D.1e	Disabilità sensoriale
D.1f	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni
D.1g	riabilitazione cardiologica
D.1h	riabilitazione fisica
D.1i	riabilitazione neurologica
D.1l	riabilitazione pneumologica
D.1m	riabilitazione psichiatrica

D.3a	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere intensivo per adulti (SRP.1 – SRP1.DCA)
D.3b	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale per adulti (SRP.2 A)
D.3c	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale per adulti (SRP.2 B)
D.3d	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 24 ore (SRP.3.1)
D.3e	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 12 ore (SRP.3.2)
D.3f	Struttura residenziale di salute mentale socio – riabilitativa per adulti con personale a fasce orarie (SRP.3.3)
D.3g	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa ad alta intensità assistenziale per minori (A.1 - A.1.DCA)
D.3h	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a media intensità assistenziale per minori (A.2)
D.3i	Struttura residenziale di salute mentale terapeutico riabilitativa a bassa intensità assistenziale per minori (A.3)
D.4a	Area d'intervento - Accoglienza
D.4b	Area d'intervento - Terapeutico riabilitativa
D.4c	Area d'intervento - Specialistica
D.4d	Area d'intervento - Pedagogico-riabilitativa
D.6a	Unità stati vegetativi (USV)
D.6b	riabilitazione cardiologica
D.6c	riabilitazione fisica
D.6d	riabilitazione neurologica
D.6e	riabilitazione pneumologica
D.6f	riabilitazione psichiatrica
D.7a	Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP)
D.7b	riabilitazione cardiologica
D.7c	riabilitazione fisica
D.7d	riabilitazione neurologica
D.7e	riabilitazione pneumologica
D.7f	riabilitazione psichiatrica

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
B.a	Medicina ad indirizzo estetico
B.b	Medicina dello sport di I livello
B.c	Ecocolordoppler

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

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

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

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 ss.mm.ii..**

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 ss.mm.ii.

**IL POSSESSO**

dei requisiti bivalenti di cui all'allegato B del Regolamento n. 79/R/2016 ss.mm.ii. comprovati dalla relativa

lista di autovalutazione allegata.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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**  
-----  
**Subentro**

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.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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> \_\_\_\_\_

<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.



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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>  
\_\_\_\_\_

<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

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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>

\_\_\_\_\_

<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**  
**Test Genetica Medica**

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 dell'art. 36 bis del Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R  
ss.mm.ii.

di svolgere all'interno all'attività di GENETICA MEDICA B1.13, i test sotto elencati:

Descrizione test	Tecnologie	Geni indagati	Finalità diagnostiche	Criteri appropriatezza	Ricompreso nell'elenco allegato 1*	Evidenze scientifiche a supporto (fornire la documentazione ed eventuali riferimenti)

\* In caso di risposta negativa compilare la colonna successiva

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.

Il Direttore Sanitario

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MODELLO 14**

**variazione societaria  
non soggetta a subentro**

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, le variazioni attestate in allegato e qui di seguito descritte:

- Variazione di ragione sociale
- Variazione denominazione
- Variazione indirizzo della sede legale all'interno della Regione Toscana
- Variazione della compagine societaria

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

**ALLEGA**

1. atto o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, comprovante la variazione.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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> \_\_\_\_\_

<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 15**

**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'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 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.