

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL

TRASFERIMENTO TEMPORANEO

DI UNA STRUTTURA ACCREDITATA O AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO, DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI
SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

All'Azienda Unità Sanitaria Locale _____

A

Il/la sottoscritto/a _____			
Nato/a a _____		Prov. di _____ il _____	
Residente a _____		Via _____ n° _____	
CAP _____		Codice fiscale _____ Telefono _____	

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____ con sede in _____	
Via _____ n° _____	

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento temporaneo nel Comune di _____ alla
via _____

delle struttura sanitaria e/o socio sanitaria accreditata, attualmente ubicata nel Comune di _____ alla
via _____

insistente su area territoriale della medesima AUSL _____ per necessità connesse alla realizzazione di interventi
strutturali finalizzati ad adeguare e/o mantenere i requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla normativa vigente.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, **DICHIARA** che la
struttura:

C

Denominata(2) _____	
struttura	<input type="checkbox"/> a ciclo continuativo
	<input type="checkbox"/> a ciclo diurno
(3)Tipologia:	<input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> medico-chirurgica <input type="checkbox"/> polispécialistica
	<input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica
struttura	<input type="checkbox"/> residenziale
	<input type="checkbox"/> semiresidenziale
struttura ambulatoriale	
(4)Tipologia:	<input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica
Con dotazione di n° _____ posti letto	

Istruzioni per la compilazione del Modello AutTrasTemp

La domanda di autorizzazione al trasferimento temporaneo di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria per necessità connesse alla realizzazione di interventi strutturali finalizzati ad adeguare e/o mantenere i requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla normativa vigente va presentata, **pena la nullità**, congiuntamente a piantina in scala 1:100 dei locali, contenente la descrizione della destinazione dei singoli locali che si intendono utilizzare.

Il riquadro **A** deve essere compilato integralmente

Il riquadro **B** deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica

Il riquadro **C** deve essere compilato indicando

Nota (1) Segnare con una crocetta solo la struttura di interesse individuata, tralasciando gli altri campi esistenti.

Nota (2) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA, SRL, ...)

Nota (3) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione facendo riferimento al DPCM 27/06/1996 articolo 3.

Nota (4) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione.

Nota (5) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare in caso di ospedali o case di cura, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere). Nel caso di strutture senza posti letto fare riferimento al codice del relativo DM 22.7.1996 (Discipline ambulatoriali).

Nota (6) Da compilare a carico delle strutture dotate di posti letto. Per gli ambulatori barrare il campo

Nota (7) Deve essere inteso l'ultimo provvedimento autorizzativo se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali bisogna allegare, alla presente domanda, un elenco contenente gli estremi degli atti autorizzativi di ciascuna attività erogata.

1.

Nota (1) Indicare, nell'elenco, se la funzione che si intende trasferire è accreditata o solo autorizzata.