



<b>1</b>	<b>ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)</b>				
	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo	Num. Prot
			<input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica		
<b>NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA</b>					

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE**  
 (L.R. 5.8.2009 n. 51, DPGR 24.12.2010 n. 61/R)

Al Sindaco del Comune di  
 Al SUAP del Comune di

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE RELATIVA A:**

<b>0</b>	<b>Codice</b>	<b>Nome attività</b>	<b>Oggetto</b>
		<b>Struttura sanitaria privata</b>	<input type="checkbox"/> APERTURA ED ESERCIZIO

**ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:**

<b>A1</b>	<b>DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
<b>A2</b>	<b>IN QUALITA' DI</b>			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Institore	
<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile ..... repertorio N° ..... del ..... e registrato a ..... il .....				
<b>A3</b>	<b>DELLA</b>			
	Forma giuridica *	Denomin.**		
	Sede legale nel Comune di ***			Provincia
	Via/piaz.		N. civico	CAP
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA		Codice Fiscale	
	nell'oggetto societario è prevista la gestione dell'attività di cui alla presente istanza (solo per le società)			
	<i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1			

<b>B</b>	<b>INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI</b>			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telefono	Cellulare	Fax



C	<b>DATI RIFERITI ALLA STRUTTURA SANITARIA PRIVATA IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'</b>				
	Denominazione _____				
	Indirizzo Via/P.za _____		Civico _____	Piano/scala/interno _____	
	Comune _____			Prov. _____	CAP _____
	Dati catasto: Categ. _____	Classe _____	Foglio _____	Numero _____	Sub. _____
	Destinazione d'uso _____		Dest. urbanistica di zona _____		
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro dati propr. imm.le _____				

E	<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b> (Individuare le discipline fra quelle indicate nell'allegato elenco (Tabella Discipline))			
	Si chiede l'autorizzazione per l'erogazione di prestazioni in regime:			
	a) <b>ambulatoriale</b> <input type="checkbox"/>			
	a.1) di specialistica e diagnostica <input type="checkbox"/>	disciplina _____	codice _____	
	a.2) di recupero e riabilitazione funzionale <input type="checkbox"/>	disciplina _____	codice _____	
b) <b>di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti</b> <input type="checkbox"/>	disciplina _____	codice _____	prevista attività a ciclo diurno	
			SI NO	
		n. posti letto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		n. posti letto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) <b>di ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta</b> <input type="checkbox"/>		diurno	residenziale	
	Riabilitazione funzionale <input type="checkbox"/>	numero posti _____	n. posti letto <input type="checkbox"/>	
	Salute mentale <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Tossicodipendenze <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 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.			
	<input type="checkbox"/> che le attività oggetto di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive.			

F3	<b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</b>			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N _____	Rilasciato da _____	il _____	Valida fino al _____
	* Specificare il motivo del rilascio _____			
G	<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b>			
	<input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del <b>D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:</b> - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale;			



**COMUNE DI BIBBONA**  
PROVINCIA DI LIVORNO  
Piazza C. Colombo n. 1  
Tel. 0586 672111 - fax 0586 670363

**AREA AFFARI GENERALI**  
Ufficio Attività Produttive

- che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici;  
- di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge

Data e luogo

L'interessato deve firmare\* il presente modello  
**L'interessato**

*\* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica. In caso di **trasmissione telematica con firma digitale** all'indirizzo di posta elettronica certificata del Comune non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.*

**Allegati:**

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 presidio, 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 presidio, la superficie in metri quadri per singoli locali, la collocazione dei principali macchinari e apparecchiature;
4. documento comprovante la disponibilità dei locali
5. inventario delle attrezzature sanitarie;
6. elenco del personale;
7. documento in cui viene esplicitata l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione organizzativa;
8. liste di autovalutazione;
9. dichiarazione di assunzione di incarico da parte del direttore sanitario
10. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.

**COMUNE DI BIBBONA**

PROVINCIA DI LIVORNO

Piazza C. Colombo n. 1

Tel. 0586 672111 - fax 0586 670363

**AREA AFFARI GENERALI**

Ufficio Attività Produttive

**Allegato: "TABELLA DISCIPLINE"**

Si riportano le discipline di interesse fra quelle indicate nel Decreto del ministro della Sanità 30 gennaio 1998 integrato dal Decreto Ministeriale 22 gennaio 1999. Per le discipline equipollenti e per l'individuazione delle aree di appartenenza delle singole discipline si rinvia al decreto stesso.

Il Decreto Ministeriale 30.01.1998 è pubblicato nel supplemento ordinario n. 25 della G.U. n. 37 del 14 febbraio 1998; il Decreto Ministeriale 22.01.1999 è pubblicato nella G.U. n. 32 del 9.02.1999.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
01- 20	ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
05	ANGIOLOGIA
07	CARDIOCHIRURGIA
08	CARDIOLOGIA
09	CHIRURGIA GENERALE
10	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
11	CHIRURGIA PEDIATRICA
12	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA
13	CHIRURGIA TORACICA
14	CHIRURGIA VASCOLARE
52	DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA
18	EMATOLOGIA
101	ENDOCRINOLOGIA
58	GASTROENTEROLOGIA
102	GENETICA MEDICA
21	GERIATRIA
37	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
68	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
24	MALATTIE INFETTIVE
103	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA
15	MEDICINA DELLO SPORT
104	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCESSIONE E D'URGENZA
56	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
26	MEDICINA INTERNA
29	NEFROLOGIA
62	NEONATOLOGIA
30	NEUROCHIRURGIA
32	NEUROLOGIA
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
34	OFTALMOLOGIA
64	ONCOLOGIA
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
39	PEDIATRICA
40	PSICHIATRIA
70	RADIOTERAPIA
71	REUMATOLOGIA
105	SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA
38	OTORINOLARINGOIATRIA
43	UROLOGIA
35	ODONTOIATRIA
03	ANATOMIA PATOLOGICA
106	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
107	BIOCHIMICA CLINICA
55	FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA
108	LABORATORIO DI GENETICA MEDICA
109	MEDICINA TRASFUSIONALE
27	MEDICINA LEGALE
61	MEDICINA NUCLEARE
110	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
111	NEUROFISIOPATOLOGIA
112	NEURORADIOLOGIA
113	PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA)
69	RADIODIAGNOSTICA
114	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA



**COMUNE DI BIBBONA**

PROVINCIA DI LIVORNO

Piazza C. Colombo n. 1

Tel. 0586 672111 - fax 0586 670363

**AREA AFFARI GENERALI**

Ufficio Attività Produttive

115	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
25	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO
116	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE
117	PSICOLOGIA
118	PSICOTERAPIA
119	FISICA SANITARIA
120	CHIMICA ANALITICA