



1	ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)				
	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		
NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA					

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
(L.R. 5.8.2009, 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:

0	Codice	Nome attività	Oggetto
		Struttura sanitaria privata	<input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI SEDE

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

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
Indirizzo email				
A2	IN QUALITA' DI			
	<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				
A3	DELLA			
	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	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telefono	Cellulare	Fax



C	CHE LA STRUTTURA SANITARIA DENOMINATA _____ DI CUI ALL'AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL PROT. _____, SI E' TRASFERITA DAI LOCALI UBICATI IN:				
	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		

C 1	AI LOCALI UBICATI IN:				
	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		
<i>Detenuto a titolo di</i> <input type="checkbox"/> <i>Proprietà</i> <input type="checkbox"/> <i>Affitto*</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro*</i> <i>dati PROPRIETARIO IMMOBILE*</i>					

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
E	in relazione al trasferimento di sede, si rendono necessarie le seguenti variazioni:		
		Sì	No
	strutturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tecnologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dell'organizzazione interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> che le attività oggetto del 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.			
<input type="checkbox"/> che le attività oggetto del trasferimento non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive.			

F3	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO		
	<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
* Specificare il motivo del rilascio			

G	TRATTAMENTO DATI PERSONALI		
	<input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 : - 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; - 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.



COMUNE DI BIBBONA

PROVINCIA DI LIVORNO

Piazza C. Colombo n. 1

Tel. 0586 672111 - fax 0586 670363

AREA AFFARI GENERALI

Ufficio Attività Produttive

Allegati:

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 le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione dei locali;
3. documento comprovante la disponibilità dei locali;
4. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;
5. *nel caso di variazioni nell'attrezzatura*: inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/riduzione dei locali;
6. *nel caso di variazioni del personale*: elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione dei locali;
7. *nel caso di variazioni dell'organizzazione interna*: documento in cui viene esplicitata l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione organizzativa, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento/ riduzione dei locali.