



ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)					
1	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 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:**

0	Codice	Nome attività	Oggetto
		Struttura sanitaria privata	<input type="checkbox"/> AMPLIAMENTO <input type="checkbox"/> RIDUZIONE <input type="checkbox"/> TRASFORMAZIONE DELL'ATTIVITA'

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

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE					
A1	Cognome	Nome			
	Nato a	Prov.	il		
	Residente in	Prov.	CAP		
	Via/piazza	n.			
	Tel.	Fax	Cod. fisc.		
	Indirizzo email				
IN QUALITA' DI					
A2	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale		<input type="checkbox"/> Legale rappresentante		
	<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile del ..... e registrato a .....		repertorio N° .....		
DELLA					
A3	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)				
	Note: * 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				

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



C	<b>CHE LA STRUTTURA SANITARIA DI CUI ALL'AUTORIZZAZIONE N. DEL PROT. , OGGETTO DELLE VARIAZIONI, E' UBICATA IN:</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		

<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>			
E	L'ampliamento/ riduzione/ trasformazione è relativa all'attività erogata in:		
	<input type="checkbox"/> regime ambulatoriale (specificare):		
	<input type="checkbox"/> regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti (specificare):		
	<input type="checkbox"/> regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta (specificare):		
	in relazione alla variazione di attività prevista, 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 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
	* 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; - 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. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;
3. *nel caso di variazioni strutturali:*  
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;
4. *nel caso di variazioni nell'attrezzatura:*  
inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione;
5. *nel caso di variazioni del personale:*  
elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione;
6. *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 e/o riduzione e/o trasformazione.