



ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)				
1	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo
			<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"/> APERTURA ED ESERCIZIO PUNTO PRELIEVO

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"/> Inquirente		<input type="checkbox"/> Inquirente		
<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile repertorio N° del e registrato a il					
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)				
<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					

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



C	CHE LA STRUTTURA SANITARIA DENOMINATA _____ DI CUI ALL'AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL _____ PROT. _____, PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA DI MEDICINA DI LABORATORIO, UBICATA 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	APRE UN PUNTO DI PRELIEVO UBICATO 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>					

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	Valida fino al	
* 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.

Allegati:

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 comprovante la disponibilità dei locali;
4. inventario delle attrezzature sanitarie;
5. elenco del personale;
7. documento in cui viene esplicitata l'organizzazione interna;
8. liste di autovalutazione.