

COMUNICAZIONE DELLA VARIAZIONE DI REQUISITI NON STRUTTURALI DI UN PRESIDIO SANITARIO O SOCIO SANITARIO GIA' AUTORIZZATO AI SENSI DELLA L.R. 21/2016.

Al Sindaco del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____																			
Nato/a a _____	Prov. di _____ il _____																		
Residente a _____	Via _____ n. _____																		
Codice Fiscale n:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Telefono n _____																			

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____																			
Partita IVA	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
con Sede in _____																			
Via _____ n. _____																			

C

della struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) : _____
per l'erogazione di prestazioni (2): _____
in regime (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti letto (solo per gli ospedali e le strutture residenziali)

D

dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

sita/o in codesto Comune, indirizzo _____ n. _____

Comunica le seguenti variazioni, non strutturali, da apportare al provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio-sanitaria) rilasciato in data _____ con il n _____ :

(specificare tenendo presente che nel caso di variazione del responsabile sanitario deve essere adottata la seguente formula):

- nuovo titolare dello studio odontoiatrico: _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale n: _____ Telefono n _____

• la direzione sanitaria/responsabilità, sarà affidata al dott. _____
nato il _____ Laureato in _____
presso l'Università degli studi di _____ il _____
specialista in _____
iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____

Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale
cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra
indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi
della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Data: _____

Firma del Direttore sanitario _____
(per esteso)

Firma del nuovo titolare _____
(per esteso)

Firma del precedente titolare _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AUT.4

La comunicazione va presentata in caso di variazione dei seguenti dati indicati nell'atto di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria:

1. Titolarità
2. Ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una persona giuridica
3. Denominazione
4. Direttore sanitario

La stessa deve essere prodotta:

- ⇒ in due copie (una per il Comune ed una per la Regione) se si tratta dell'esercizio dell'attività di presidi pubblici di ogni tipo o presidi privati di alta specializzazione o presidi sanitari o socio-sanitari di ricovero o residenziali o semiresidenziali e per gli stabilimenti termali;
- ⇒ in tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL del territorio) se si tratta dell'esercizio dell'attività di strutture ambulatoriali private, di studi ove si praticano prestazioni odontoiatriche, mediche o di altre professioni sanitarie ove si erogano prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

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 nel caso dell'esercizio di una struttura indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura;

al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare così individuate:

nel regime ambulatoriale:

- | | |
|---|--|
| 1) specialistiche mediche | 8) di dialisi |
| 2) specialistiche chirurgiche | 9) di terapia iperbarica |
| 3) odontoiatriche | 10) di salute mentale |
| 4) diagnostiche di laboratorio (specificare se punto di prelievi) | 11) di consultorio familiare |
| 5) diagnostiche per immagini | 12) di trattamento delle tossicodipendenze |
| 6) di recupero e rieducazione funzionale | 13) di alta specializzazione (specificare il tipo) |
| 7) di riabilitazione | |

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale (in particolare: Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici;
- 3) psichiatriche
- 4) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 5) residenze sanitarie medicalizzate;
- 6) residenze sanitarie terapeutiche;
- 7) residenze sanitarie riabilitative;
- 8) residenze sanitarie assistenziali;
- 9) nuclei di assistenza residenziale (N.A.R.) all'interno di strutture protette;
- 10) di cure palliative (hospice)

nel regime termale

- 1) idropiniche
- 2) inalatorie
- 3) balneoterapiche
- 4) fangoterapiche
- 5) altre

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale, termale.

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali.

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca alla realizzazione di uno studio odontoiatrico, medico o di altra professione sanitaria ove si erogano prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario quando la modifica riguarda la sua persona e, sempre, dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.

DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 85 D.LGS. 159/2011
(solo per le società quando è compilato il quadro di autocertificazione)

Cognome _____ Nome _____

C.F.

Data di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso: M ☐ F ☐

Luogo di nascita: Stato	Provincia	Comune
-------------------------	-----------	--------

Residenza _____ Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

DICHARA:

☐ per i cittadini extracomunitari, gli estremi del permesso/carta di soggiorno rilasciato per _____ in data _____
n. _____ da _____ con validità fino al _____

1. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159 (antimafia).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445.

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 d.lgs.196/2003 "Codice sulla protezione dei dati personali", dichiara di essere stato preventivamente informato che i dati personali raccolti saranno trattati sia manualmente che con strumenti informatici, esclusivamente e limitatamente all'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta

DATA _____

FIRMA
