



COMUNE DI PADOVA

SETTORE SUAP E ATTIVITA' ECONOMICHE

Via Frà Paolo Sarpi, 2 – 35138 Padova

Spazio per Marca da bollo da € 16,00

☐ "Imposta di bollo assolta in modo virtuale ai sensi della Autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate di Padova n° 32742/96/2t del 06/12/1996."

Comune di Padova

Protocollo generale: ENTRATA

n° _____ del ____/____/____

Classificazione: _____ - 10 . 1

*Al Sig. SINDACO
del Comune di Padova*

Domanda di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria IN PRESENZA DI VARIAZIONI. (ai sensi della L.R. n° 22/2002 e s.m.i.).

DA COMPILARE NEL CASO DI PERSONA FISICA

Il/La sottoscritto/a (*nel caso i richiedenti fossero più d'uno (Studio Associato) allegare i dati relativi in foglio a parte*)

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ Prov. ____ il ____/____/____

Cod. fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

P. IVA | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Residente in _____ Prov. ____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. ____/____/____ Fax ____/____/____ PEC _____

DA COMPILARE NEL CASO DI PERSONE GIURIDICHE (DITTE / ENTI / SOCIETA' / ECC.)

Denominazione e ragione sociale _____

Con sede in _____ Prov. ____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. ____/____/____ Fax ____/____/____ PEC _____

P. IVA | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Legale rappresentante: cognome e nome _____

Nato/a a _____ Prov. ____ il ____/____/____

Cod. fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Residente in _____ Prov. ____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. ____/____/____ Fax ____/____/____ e-mail _____

CHIEDE

ai sensi della L.R. 16 agosto 2002 n. 22, il **RINNOVO** dell'Autorizzazione all'esercizio dell'attività di struttura sanitaria n. ____/____/____ del ____/____/____ (tipologia secondo la classificazione approvata con D.G.R. n° 2501 del 06/08/2004 e coordinata con le successive integrazioni e modifiche apportate con DD.G.R. n. 549 del 04/03/2005, n. 2332 del 09/08/2005, n. 2420 del 09/08/2005, n. 3223 del 25/10/2005, n. 811 del 21/03/2006, n. 3148 del 09/10/2007) denominata: _____, con sede a Padova, Via _____ CAP. _____ Tel. _____ Fax. _____ e-mail _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA:

- che la suddetta struttura **ha** avuto le seguenti variazioni di tipo strutturale e/o impiantistico e/o tecnologico o organizzativo (*specificare – indicare, qualora siano intervenute modifiche ai locali, gli estremi dell'atto edilizio autorizzatorio*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- che per le branche e/o attività specialistiche ricomprese nell'autorizzazione all'esercizio di cui si chiede il rinnovo:

☐ **sono presenti** nella struttura le relative professionalità, le attrezzature elettromedicali e i presidi medico chirurgici necessari allo svolgimento di ogni specifica attività, secondo quanto stabilito dalla D.G.R.V. n. 3148 del 09/10/2007;

☐ **non sono più presenti** nella struttura le professionalità, attrezzature elettromedicali e/o i presidi medico chirurgici necessari allo svolgimento di ogni specifica attività relativa alle seguenti branche e/o specialità precedentemente autorizzate:

.....
.....
.....
.....
.....

- che tutto il personale, di cui si allega elenco nominativo con relativa figura professionale, che opera presso la struttura, sia a livello di dipendenza che a rapporto di consulenza e/o collaborazione è in possesso del prescritto titolo di studio o qualifica professionale, nonché specializzazione ove richiesta;

- che il personale medico risulta iscritto all'Ordine dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri.

ALLEGA la seguente documentazione:

- X** **liste di verifica** (requisiti per l'autorizzazione all'esercizio - D.G.R. n. 2501/2004 e s.m.i.) **relative ai requisiti minimi generali e specifici e di qualità**, compilate nella colonna riservata all'autovalutazione, datate, timbrate e firmate in ogni singola pagina;
- X** **autocertificazione** a convalida delle liste di verifica;
- X** **fotocopia non autenticata di valido documento di riconoscimento del/dei richiedenti**;
- X** **copia del provvedimento di autorizzazione all'esercizio** di attività sanitaria N° _____ del ____/____/____ - Prot. n° _____ del ____/____/____ del quale si chiede il rinnovo;
- X** **planimetria dei locali**, in scala adeguata (preferibilmente 1:100), con l'indicazione funzionale dei locali e la disposizione degli arredi e della strumentazione, firmata dal richiedente;
- X** **copia della ricevuta del versamento dei diritti di istruttoria** di cui alla Delibera di Giunta Comunale n° 745 del 16/12/2014 (*v. tabella pubblicata sul sito SUAP del Comune di Padova*);

ED INOLTRE ALLEGA, in relazione alle variazioni apportate rispetto all'autorizzazione di cui si chiede il rinnovo, le seguenti richieste, corredate della documentazione necessaria qualora non già allegata alla presente domanda:

(NEL PRESENTARE UNA O PIU' DELLE SOTTOELENCATE RICHIESTE NON E' NECESSARIO APPLICARE LA MARCA DA BOLLO SUI RISPETTIVI MODULI)

(barrare la casella interessata):

- ☐ **Richiesta di ampliamento delle specialità;**
- ☐ **Comunicazione di variazione del Direttore Sanitario;**
- ☐ **Comunicazione di variazione del Responsabile di branca;**
- ☐ **Comunicazione di variazione del Legale rappresentante;**
- ☐ **Richiesta di Subentro/Variatione di Titolarità;**
- ☐ **Richiesta di aggiornamento a seguito di modifiche dei locali.**

Padova, lì

Firma

Privacy – Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che:

- *i dati forniti verranno trattati per le finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dalla L.R. 22/2002, compresa la creazione di archivi informatici, spedizioni per posta, fax ed e-mail di comunicazione;*
- *il trattamento è effettuato dal Comune di Padova, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente richiesta;*
- *il conferimento dei dati ha natura obbligatoria ed il mancato conferimento non permette l'espletamento dell'istruttoria;*
- *i dati saranno oggetto di comunicazione e di diffusione nei limiti previsti dall'art. 19, commi 2 e 3, del D.Lgs. 196/2003;*
- *in ogni caso il sottoscritto potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.*

Padova, lì

Firma