



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

(IN CASO DI PIU' RICHIESTE CONTEMPORANEE PER LA STESSA STRUTTURA, APPLICARE UN'UNICA MARCA DA BOLLO)

Al Sig. Sindaco del Comune di PADOVA

Legge Regionale n° 22 del 16 agosto 2002

VARIAZIONE DI TITOLARITA' dell'autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____

Prov. _____ - il ____/____/____, residente a _____

_____ - Prov. _____

C.A.P. _____ - Via _____

n. _____ - Tel. ____/____ Fax ____/____ - cell. _____

Cod. fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Legale rappresentante della Ditta/Società _____

P. IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| con sede legale in _____

_____ Prov. _____ - C.A.P. _____

Via _____ n. _____

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

CHIEDE

l'aggiornamento del provvedimento di **autorizzazione all'esercizio N.** _____

del ____/____/____ **(Prot. Gen. n°** _____ **del** ____/____/____ **) ai sensi L.R.**

16 agosto 2002, n. 22, per la seguente struttura sanitaria già in esercizio: _____

_____ ubicata in Padova

- CAP _____ Via _____

n° _____ - piano _____.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

- ♦ che la suddetta struttura **non ha avuto variazioni** di tipo strutturale, impiantistico, tecnologico e organizzativo;
- ♦ che i requisiti minimi generali e specifici non hanno subito modifiche, fatti salvi i seguenti adempimenti posti in essere in esecuzione della normativa in materia di sicurezza degli impianti e/o di settore;
- ♦ che per le attività già autorizzate all'esercizio non è venuta meno la disponibilità delle relative professionalità, attrezzature e presidi necessari al loro svolgimento;

ALLEGA la seguente documentazione:

X copia del provvedimento di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria n° _____ del ____/____/____;

X fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento del richiedente:

X documentazione a supporto del cambio di titolarità dell'autorizzazione all'esercizio
(copia atto costitutivo della società che assume la titolarità della struttura, copia atto trasferimento di titolarità, ecc. – **specificare**):

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