



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 Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie (ai sensi della L.R. n° 22/2002 e della D.G.R.V. n° 2501/2004 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

l'autorizzazione all'esercizio per la seguente struttura sanitaria

con sede a

Via CAP. Tel.

e-mail

per le seguenti attività (specificare la tipologia secondo classificazione riportata nell'Allegato n. 1 del "Manuale di attuazione della L.R. 16/08/2002, n° 22" approvato con D.G.R. n° 2501/2004 e s.m.i.):

Struttura organizzativa dell'azienda:

Struttura organizzativa	C.A.P.	Via	N°	Telefono	e-mail

e, 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 l'immobile dove viene svolta l'attività è stato dichiarato **agibile** con certificazione di agibilità n. _____ del ____/____/____ e che successivamente a tale data non sono state eseguite opere edilizie che comportassero nuova agibilità, ai sensi dell'art. 24 D.P.R. 380/2001;
- che il suddetto immobile è stato realizzato/modificato in conformità alla:
- Licenza/Concessione/Autorizzazione edilizia n. _____ rilasciata il ____/____/____
 - D.I.A./ S.C.I.A. / C.I.A. prot. _____ presentata in data ____/____/____
 - Al Condono Edilizio (L. 47/1985, L. 724/1994, L. 326/2003) n. _____ rilasciato il ____/____/____
 - Permesso di Costruire n. _____ rilasciato il ____/____/____ .

- ALLEGA la seguente documentazione:

- Documento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, comprovante la disponibilità dei locali;

- X Relazione sintetica di presentazione della struttura:** missione, popolazione/bacino d'utenza, tipologia e volumi delle prestazioni, elenco nominativo delle risorse umane;
- X Planimetria dei locali** con l'indicazione delle superfici, forometrie e destinazione d'uso dei singoli ambienti, dislocazione degli arredi, della strumentazione e delle attività, datate e firmate da un professionista;
- X Dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà**, rilasciate ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, **per il personale sanitario**, corredate di fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento;
- X Liste di verifica** dei requisiti minimi generali e specifici e di qualità, attestanti il possesso dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie (*requisiti per l'autorizzazione all'esercizio – All. 2 e All. 3 della D.G.R. n. 2501/2004 e s.m.i.*), debitamente compilate nella colonna riservata all'autovalutazione, datate e firmate;
- X Autocertificazione** a convalida delle liste di verifica (*modello conforme all'Allegato n. 7 alla D.G.R.V. n. 2501 del 06/08/2004*);
- 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*);
- X Copia fotostatica** del documento di identità del/dei richiedenti;

ed inoltre ALLEGA (barrare la casella interessata):

- Dichiarazione di assunzione della Direzione sanitaria** da parte del medico;
- Copia atto costituzione associazione professionale in caso di studio associato** nel quale deve essere individuato il medico cui è affidata la responsabilità nei confronti dell'utenza della sicurezza e del corretto funzionamento delle apparecchiature biomedicali e sanitarie;
- Dichiarazione di rinuncia del periodo di preavviso** (*facoltativo*);
- Altro** (*specificare*)
.....
.....
.....

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