

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA
O SOCIO-SANITARIA (ART. 4 L.R. n. 32/2007)**

MOD 02

Al Sindaco del Comune di

e p.c. :

Al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di _____

Via _____

Al Direttore della Direzione Sanità Regionale

Regione Abruzzo
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA

A

Il/la sottoscritto/a in qualità di titolare o di delegato dello Studio Associato _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Codice Fiscale n° _____ Telefono n° _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____

Partita IVA _____ con Sede in _____

Via _____ n° _____

Chiede il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio-sanitaria)

C

nella struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) :

per l'erogazione di prestazioni (2): _____

in regime (3): _____

con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

D

di uno studio di professione sanitaria: _____

realizzato nella unità immobiliare sita in codesto Comune, via _____

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- ☐ che la/lo struttura/studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione dell'unità immobiliare;
- ☐ che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto nel manuale integrativo di cui al comma 2 art. 4 L.R. n. 32/2007;
- ☐ che la direzione sanitaria/responsabilità è 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.

Si elencano di seguito i documenti allegati:

Data _____

Firma del Direttore sanitario : _____
(per esteso)

Firma del Titolare o Legale rappresentante: _____
(per esteso)