

MODELLO 1**apertura ed esercizio di struttura sanitaria privata**

Apporre marca da bollo

14.62€

Al Comune di PONTASSIEVE
SUAP
VIA TANZINI, 30
50065 PONTASSIEVE (FI)

Il/la sottoscritto/a**CHIEDE**ai sensi della **L.R. 23 febbraio 1999 n. 8**, e successive modifiche e integrazioni,**RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA ED ESERCIZIO**della **struttura sanitaria privata** denominata:.....
ubicata nel Comune di , via/piazza n.

CAP Tel. Fax

e-mail @..... barrare se e-mail con posta certificata

per l'erogazione di prestazioni in regime:

a) ambulatoriale**a.1) di specialistica e diagnostica**

DISCIPLINA ¹	Codice	ATTIVITÀ ¹	Codice

a.2) di recupero e riabilitazione funzionale

DISCIPLINA	Codice	ATTIVITA'	Codice

b) di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti

DISCIPLINA	Codice	N. posti letto	ATTIVITÀ' CICLO DIURNO SI NO

c) di ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta

DIURNO

RESIDENZIALE

N. posti

N. posti letto

Riabilitazione funzionale

.....

.....

Salute mentale

.....

.....

Tossicodipendenze

.....

.....

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

quanto segue consapevole:

- della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni;
- che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata;

.....
(cognome)

.....
(nome)

nato/a a il

residente a
(indirizzo completo)

codice fiscale..... recapito telefonico.....
(non obbligatorio)

titolare / legale rappresentante di
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA

- le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto presenta contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95 e successive modifiche ed integrazioni.
- le attività oggetto di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive

DICHIARA INOLTRE

- che l'immobile e le strutture oggetto della presente dichiarazione possiedono i requisiti urbanistico-edilizi, igienico-sanitari, di sicurezza per l'esercizio dell'attività.
- che l'attività verrà svolta nel rispetto di quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e comunale in materia;

Il sottoscritto inoltre **DICHIARA:**

- di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza e dei relativi endoprocedimenti;
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa ai procedimenti attivati potrà essere inoltrata anche per il tramite dei professionisti indicati nel presente modello sia mediante trasmissione ordinaria (lettera) che mediante fax, email o altro sistema di comunicazione.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

(D.G.R. n. 944 del 09/08/1999 e Decreto n.4569 del 3/10/2006)

1. **relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste**, firmata dal legale rappresentante e dal direttore sanitario;
2. **planimetria generale**, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione del presidio, il lotto di pertinenza, il volume edificato e la disponibilità di aree a parcheggio;
3. **planimetria dei locali in scala 1:100**, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi al presidio, la superficie in metri quadri per singoli locali, la collocazione dei principali macchinari e apparecchiature;
4. **documento** comprovante la disponibilità dei locali (o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
5. **inventario delle attrezzature sanitarie**
6. **elenco del personale**, medico e non, operante nella struttura;
7. **documento in cui viene esplicitata l'organizzazione interna** generale, per singolo presidio e articolazione organizzativa;
8. **liste di autovalutazione**: (cfr. ALL.2 Decreto n.4569 del 3/10/2006);
9. **dichiarazione di assunzione di incarico da parte del direttore sanitario**
10. **certificazione antimafia** (L.575/65 e succ. modifiche) rilasciata dalla Prefettura o dalla CCIAA oppure **Dichiarazione sostitutiva** del legale rappresentante (art. 47 DPR 445/2000)
11. **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** per i dati relativi all'immobile
ovvero
dichiarazioni asseverative rilasciate da un professionista abilitato, relative al possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa in materia di caratteristiche ambientali e di accessibilità, protezione antisismica, eliminazione delle barriere architettoniche;

12. ricevuta del pagamento di 50,00 € per diritti istruttoria sportello unico da effettuarsi tramite:

- VERSAMENTO SU C/C POSTALE N. 30436505 intestato a Servizio di tesoreria del Comune di Pontassieve (IBAN per eventuale bonifico: IT94G07601 02800 000030436505)
- VERSAMENTO DIRETTO AGLI SPORTELLI DELLA AGENZIA DI PONTASSIEVE DELLA CASSA DI RISPARMIO DI FIRENZE

BONIFICO BANCARIO SU C.C. N. 15589 INTESTATO A: SERVIZIO DI TESORERIA DEL COMUNE DI PONTASSIEVE PRESSO LA SUDETTO AGENZIA BANCARIA (IT68A061603801000000123C01)

data

.....
Firma¹

N.B.: L'istanza ed ogni allegato alla stessa devono pervenire in **duplice copia**, di cui **solo l'originale in bollo**.

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 l'Amministrazione procedente informa che i dati riguardanti l'interessato, saranno conservati presso l'archivio dello Sportello Unico Attività Produttive e saranno utilizzati, anche tramite strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo al quale la presente dichiarazione si riferisce, nello svolgimento di compiti istituzionali, nel rispetto di leggi e regolamenti, nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza. Titolare del trattamento è il Comune di ricezione dell'istanza Responsabile dello specifico trattamento dei dati è il Dirigente competente. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e privati, che intervengono nel procedimento, nei limiti previsti da leggi o da regolamento. Il conferimento dei dati è in genere facoltativo; l'amministrazione segnala espressamente i casi in cui i dati devono obbligatoriamente essere conferiti; in ogni caso i dati sono necessari per portare a termine le attività ed i procedimenti amministrativi. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati. L'interessato ha altresì diritto di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima od il blocco dei dati trattati in violazione di legge. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano. All'interessato è riconosciuto il diritto di accesso per la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile (fatte salve le eccezioni di Legge).

¹ Ai sensi dell' art. 38 D.P.R. 445/2000, l'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

il/la sottoscritto/a

ai sensi dell' art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, richiamato l'art. 76 dello stesso decreto, **sotto la propria responsabilità**, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi ,

DICHIARA

- La struttura sanitaria oggetto della presente istanza è ubicata in via..... n. interno piano..... ed è contraddistinto al NCT NCEU dai seguenti dati catastali:

Foglio di mappa _____ particella/e _____ sub. _____

- L'unità immobiliare, facente parte non facente parte (*barrare l'ipotesi corrispondente*) di più ampio complesso immobiliare, è stata realizzata conformemente alla concessione/licenza edilizia nr. _____ del _____ ; ovvero
 L'immobile è stato realizzato anteriormente all'anno 1942, non in base a licenza edilizia;

Eventuali precisazioni: _____

- L'immobile, successivamente alla sua realizzazione, non è stato oggetto di alcun intervento edilizio; ovvero
 L'immobile è stato oggetto di interventi e/o modifiche di cui ai sotto specificati atti di assenso - autorizzazioni, concessioni, DIA :

Autorizzazione	nr. _____	del _____
Denuncia Inizio di Attività	nr. _____	del _____
Comunicazione ex art. 26 L. 47/85	nr. _____	del _____
Condono edilizio (richiesta) L.47/85	nr. _____	del _____
Sanatoria (richiesta) ex art. 13 L.47/85	nr. _____	del _____
Altro (specificare) _____	nr. _____	del _____

- E' attualmente sottoposto ad intervento edilizio come meglio indicato nel procedimento di rilascio di concessione, autorizzazione, DIA o altro atto di assenso sotto indicato:

tipo di atto _____	nr. _____	del _____
tipo di atto _____	nr. _____	del _____
tipo di atto _____	nr. _____	del _____

;

- L'immobile secondo il vigente strumento urbanistico ricade in:

Zona Omogenea (art. ____ NTA) Sottozona/Classe (art. ____ NTA)

- è non è (*barrare l'ipotesi corrispondente*) rilasciata / richiesta / accertata (prov. n. del – istanza / dichiarazione prot. del) ABITABILITA' / AGIBILITA' dell'immobile

Eventuali osservazioni _____

Con espresso riferimento alle dichiarazioni sopra rese, in conformità a quanto richiesto dalla DGR 221 del 26/07/1999,

DICHIARA ALTRESI'

che la struttura sanitaria, oggetto della richiesta di autorizzazione, è **in possesso dei requisiti** previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali, locali in materia di caratteristiche ambientali e di accessibilità, protezione antisismica, eliminazione delle barriere architettoniche.

data _____

Il Richiedente ⁽¹⁾

1) La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente a copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore

TABELLA DISCIPLINE

Si riportano le denominazioni di tutte le discipline di area medica e di area chirurgica indicate nel decreto del ministro della Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni. Per le discipline equipollenti e per l'individuazione delle aree di appartenenza delle singole discipline si rinvia al decreto stesso – Tabella B.

Il decreto Ministeriale 30.01.1998 è pubblicato nel supplemento ordinario n. 25 della G.U. n. 37 del 14 febbraio 1998; Le successive modifiche e integrazioni sono state apportate con:

- Decreto Ministeriale 22 gennaio 1999, pubblicato nella G.U. n. 32 del 9.02.1999;
- Decreto Ministeriale 5 agosto 1999, pubblicato nella G.U. n. 207 del 03.09.1999;
- Decreto Ministeriale 2 agosto 2000, pubblicato nella G.U. n. 193 del 19.08.2000;
- Decreto Ministeriale 27 dicembre 2000, pubblicato nella G.U. n. 6 del 09.01.2001;
- Decreto Ministeriale 31 luglio 2002, pubblicato nella G.U. n. 208 del 05.09.2002.

Codice e descrizione tengono conto anche della DGR 498/2001 all. 2 punto 2.6

CODICE	DESCRIZIONE
601	ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
003	ANATOMIA PATOLOGICA
602	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
005	ANGIOLOGIA
520	BIOCHIMICA CLINICA
007	CARDIOCHIRURGIA
008	CARDIOLOGIA
603	CHIMICA ANALITICA
009	CHIRURGIA GENERALE
010	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
011	CHIRURGIA PEDIATRICA
012	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA
013	CHIRURGIA TORACICA
014	CHIRURGIA VASCOLARE
052	DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA
018	EMATOLOGIA
604	ENDOCRINOLOGIA
055	FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA
605	FISICA SANITARIA
058	GASTROENTEROLOGIA
509	GENETICA MEDICA
021	GERIATRIA
037	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
606	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
607	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA
504	LABORATORIO DI GENETICA MEDICA
068	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
024	MALATTIE INFETTIVE
608	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA
025	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO
015	MEDICINA DELLO SPORT
522	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA
056	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
026	MEDICINA INTERNA
027	MEDICINA LEGALE
061	MEDICINA NUCLEARE
609	MEDICINA TRASFUSIONALE
610	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
029	NEFROLOGIA
062	NEONATOLOGIA
030	NEUROCHIRURGIA
611	NEUROFISIOPATOLOGIA
612	NEUROLOGIA
033	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
514	NEURORADIOLOGIA
035	ODONTOIATRIA
034	OFTALMOLOGIA
064	ONCOLOGIA
613	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE
036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

038	OTORINOLARINGOIATRIA
614	PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA)
039	PEDIATRIA
040	PSICHIATRIA
115	PSICOLOGIA
615	PSICOTERAPIA
069	RADIODIAGNOSTICA
070	RADIOTERAPIA
071	REUMATOLOGIA
616	SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA
043	UROLOGIA

631	GERIATRIA – LUNGODEGENZA
632	MEDICINA INTERNA - LUNGODEGENZA
641	CARDIOLOGIA – RIABILITAZIONE
642	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO – RIABILITAZIONE
643	NEUROLOGIA – RIABILITAZIONE
644	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – RIABILITAZIONE
651	PLURIDISCIPLINARE: RIABILITAZIONE FUNZIONALE
652	PLURIDISCIPLINARE: RIABILITAZIONE FUNZIONALE (CICLO DIURNO)
653	PLURIDISCIPLINARE: RIABILITAZIONE FUNZIONALE (CICLO CONTINUATIVO)
654	PLURIDISCIPLINARE: SALUTE MENTALE
655	PLURIDISCIPLINARE: MATERNO INFANTILE
656	PLURIDISCIPLINARE: TOSSICODIPENDENZE

TABELLA ATTIVITA'		
Codice	Descrizione	
1	Anatomia patologica	Endoscopia
2	B1.8	Dialisi
3	B1.1.a	Laboratorio generale di base
4	B1.1.b	Laboratorio specializzato
5	B1.1.c	Laboratorio generale di base con settori specializzati
6	B1.2.a	Ecografia
7	B1.2.b	Risonanza magnetica
8	B1.2.c	Tomografia computerizzata
9	B1.4.a	Ecocardiografia
10	B1.4.b	Ecocardiografia transesofagea
11	B1.4.c	Elettrocardiografia dinamica
12	B1.4.d	Ecostress
13	B1.4.e	Ergometria
14	B1.7.a	Interventi chirurgici anche in anestesia generale
15	B1.7.b	Interventi chirurgici esclusa anestesia generale
16	B2.1.a	Disabilità fisica
17	B2.1.b	Disabilità psichica
18	B2.1.c	Disabilità sensoriale
19	B2.1.d	Disabilità miste
20	C1.3.a	Degenza pediatrica
21	C1.3.b	Degenza malattie infettive
22	C1.3.c	Degenza riabilitazione
23	C1.3.d	Degenza psichiatrica
24	D1.1.a	Disabilità fisica
25	D1.1.b	Disabilità psichica
26	D1.1.c	Disabilità sensoriale
27	D1.1.d	Disabilità miste
28	D1.1.e	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni
29	D1.1.f	Degenza diurna
30	D1.1.g	Degenza a ciclo continuativo
31	B1.10	Medicina ad indirizzo estetico
32	B1.11.a	Interventi P.M.A. livello 1
33	B1.11.b	Interventi P.M.A. livello 2
34	B1.11.c	Interventi P.M.A. livello 3 A
35	B1.11.d	Interventi P.M.A. livello 3 B
36	B1.11.e	Interventi P.M.A. livello 3 A/B
37	B1.2.d	Solo ecografia
38	C1.4	Day hospital
39	C1.5	Day surgery