

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER AMPLIAMENTO O TRASFORMAZIONE DI UNA STRUTTURA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA CHE NON RICHIEDONO OPERE EDILIZIE

Al Comune di _____

A

Il/la sottoscritto/a _____
 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 alla realizzazione per ampliamento o trasformazione di una struttura sanitaria e/o socio sanitaria ubicata in codesto Comune, via _____

C

denominata (1): _____
 che erogherà, a seguito di ampliamento o trasformazione , prestazioni (2): _____
 in regime (3): _____
 con una dotazione di (4) n: _____ posti letto a ciclo continuativo/residenziali e di n° _____ p.l. a ciclo diurno/semi residenziali

Codice	Disciplina	P.L.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A tal fine dichiara, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, che la struttura:

C 1

denominata (1): _____
già autorizzata con atto (*) del _____ n. _____ del _____
 attualmente eroga prestazioni (2): _____
 in regime (3): _____
 con una dotazione di (4) n: _____ posti letto a ciclo continuativo/residenziali e di n° _____ p.l. a ciclo diurno/semi residenziali

Codice	Disciplina	P.L.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* indicare l'ultimo provvedimento autorizzativo, se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali allegare alla presente un elenco contenente gli estremi degli ultimi atti autorizzativi.

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione alla realizzazione sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nella D.G.R. n° _____ del _____ e ai requisiti minimi definiti con la medesima deliberazione.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AReal.5

La domanda di autorizzazione alla realizzazione per ampliamento o trasformazione di strutture sanitarie e/o socio sanitarie, per le quali non sono previste opere che richiedono il rilascio di concessione o autorizzazione edilizia, deve presentata in duplice copia.

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente.

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica;

Il riquadro C deve essere compilato indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura;

al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare a seguito di autorizzazione all'ampliamento o alla trasformazione, nell'ambito di quelle individuate dalla DGR n° _____ del _____ e precisamente:

nel regime ambulatoriale extra o intraospedaliero:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1) specialistiche mediche: classe 1-2-3 2) specialistiche chirurgiche: classe 1-2-3 3) odontoiatriche 4) di medicina di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> laboratori generali di base laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F laboratori specializzati: A, B, C, D, E, F punti prelievo esterni 5) di anatomia patologica 6) di medicina trasfusionale | <ul style="list-style-type: none"> 7) di diagnostica per immagini: 8) di radioterapia 9) di medicina nucleare in vivo 10) di riabilitazione 11) di dialisi 12) di terapia iperbarica 13) centro di salute mentale 14) di consultorio familiare 15) di trattamento delle tossicodipendenze 16) centri erogatori di prestazioni di diabetologia |
|---|---|

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)
secondo il seguente elenco:

<i>Codice</i>	<i>Disciplina</i>	<i>Codice</i>	<i>Disciplina</i>
	Area medica		Area Terapia Intensiva
01	Allergologia	49	Rian.T.Intensiv Poliv
5	Angiologia	50	U.T.I.C.
8	Cardiologia	47	Grandi ustionati
52	Dermatologia	28	Unita' spinale
18	Ematologia		
19	Endocrinologia		Area Materno Infantile
19579	Diabetologia	37	Ostetricia e Ginecologia
58	Gastroenterologia	73	T.Intensiva Neonatale
21	Geriatria	73573	T. subintensiva Neonatale
20	Immunologia	62	Neonatologia
24	Malattie infettive	39	Pediatria
25	Medicina del Lavoro	11	Chirurgia Pediatrica
26	Medicina generale	33	Neuropsichiatria Infantile
29	Nefrologia		
32	Neurologia		Area Riabilitazione
64	Oncologia	6060	Lungodegenza e Med. Non Specialistica
68	Pneumologia	5640	Riab.ne psichiatrica
40	Psichiatria	7575	Riab.ne specialistica Neurologica
70	Radioterapia	5668	Riab.ne Specialistica Respiratoria
71	Reumatologia	5608	Riab.ne Specialistica Cardiologica
51	Oss. Breve - Ast. Med. Chirurgica	5636	Riab.ne Specialistica Ortopedica
54	Emodialisi	5621	Riab.ne Geriatrica
	Area Chirurgica		
9	Chirurgia Generale		
9599	Chirurgia d' urgenza		
10	Chirurgia maxillo facciale		
12	Chirurgia plastica		
13	Chirurgia toracica		
14	Chirurgia vascolare		
7	Cardiochirurgia		
30	Neurochirurgia		
9500	Chirurgia con trapianto		
43	Urologia		
36	Ortopedia		
34	Oculistica		
38	Otorinolaringoiatria		
35	Odontostomatologia		

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione estensiva per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale:
 - centri diurni psichiatrici;
 - day hospital psichiatrici;
 - strutture sanitarie psichiatriche (S.I.R.);

- 3) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 4) residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.);
- 5) di cure palliative (hospice)

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale.

al punto (4) il numero dei posti letto, riportati per singola disciplina nel caso di presidi ospedalieri, o nel caso di strutture residenziali o semiresidenziali dei quali si richiede l'ampliamento o la trasformazione.

Il riquadro C1 deve essere compilato integralmente indicando:

- al punto (1) la denominazione della struttura;
- al punto (2) la tipologia delle prestazioni già autorizzate. Per la individuazione della tipologia delle prestazioni si fa riferimento a quanto già riportato per il punto 2 del riquadro C;
- al punto (3) il regime nel quale si erogano le prestazioni già autorizzate;
- al punto (4) il numero di posti letto già autorizzati riportati per singola disciplina nel caso di presidi ospedalieri o nel caso di strutture residenziali o semiresidenziali.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura o dal suo legale rappresentante.