

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE (NUOVA STRUTTURA,
AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO DI UNA STRUTTURA
SANITARIA O SOCIO-SANITARIA (Art. 3 L.R. 32 luglio 2007 n°32)

Mod 01

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 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° _____

Consapevole che:

- 1) è vietata la realizzazione di strutture sanitarie o socio-sanitarie non compatibili con gli strumenti della programmazione sanitaria regionale previsti dalla L.R. n. 32 del 2007 (Piano Sanitario Regionale, piani stralcio, atto del fabbisogno);
- 2) le stesse strutture devono rispettare i requisiti minimi tecnologici , strutturali ed impiantistici previsti dal Manuale di Autorizzazione

con la presente CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione:

C

nella struttura sanitaria (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 _____ _____ _____
--

nell'unità immobiliare sita in codesto comune in via _____

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto in conformità ai requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici dettagliati nel Manuale di Autorizzazione e per la quale (ove dovuti) chiede il rilascio del permesso a costruire.

Si elencano di seguito i documenti allegati:

_____ _____ _____ _____ _____ _____
--

Data _____ Firma _____

