

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO
DELL'ATTIVITA' SANITARIA O SOCIO-SANITARIA (Art. 4/11 L.R. 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 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 (socio-sanitaria)

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 _____

realizzato nell'unità immobiliare sita in codesto comune in via _____

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

-che la 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 dell'art. 4 della 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 i seguenti documenti allegati:

Data _____

Firma del Direttore Sanitario _____

Firma del Titolare o Rappresentante Legale _____