

	COMUNE DI VENEZIA DIREZIONE SERVIZI AL CITTADINO E IMPRESE POSTAZIONE PROTOCOLLO GENERALE 92 6 1 0 0	Marca da bollo € 16,00
---	---	------------------------

- NUOVA DOMANDA ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI STRUTTURE SANITARIE
- RICHIESTA RINNOVO DOMANDA ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI STRUTTURE SANITARIE
(in presenza di variazioni)
- SUBENTRO ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI STRUTTURE SANITARIE
- COMUNICAZIONE TRASFERIMENTO TITOLARITA' ESERCIZIO ATTIVITA' DI STRUTTURA SANITARIA

ai sensi della L. R. 16 agosto 2002 n° 22 - con particolare riferimento alla DGRV N. 1667 del 18.10.2011 allegato A e al Regolamento per l'esercizio di strutture sanitarie e sociali del Comune di Venezia, Approvato con Deliberazione del Commissario Straordinario con i poteri del Consiglio comunale n. 13 del 13 febbraio 2015

- SERVIZIO AUTORIZZAZIONI LR 22/2002 -
VIALE ANCONA, 59 - 30174 MESTRE VE

DA COMPILARE NEL CASO DI PERSONA FISICA

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ai sensi del DPR n. 445/2000 - allegare fotocopia documento d'identità del dichiarante)

Il/La sottoscritto/a _____ (nel caso i richiedenti fossero più d'uno (Studio Associato) allegare i dati relativi in foglio a parte)												
Cognome e nome _____												
Nato/a a _____								Prov. ____		il __/__/__		
Cod. fiscale _____												
Residente in _____								Prov. ____		C.A.P. _____		
Via _____											n. ____	
Tel. ____/____			Fax ____/____			e-mail _____					P.E.C. <input type="checkbox"/>	

DA COMPILARE NEL CASO DI PERSONE GIURIDICHE (DITTE / ENTI / SOCIETA' / ECC.)

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ai sensi del DPR n. 445/2000 - allegare fotocopia documento d'identità del legale rappresentante)

Denominazione e ragione sociale _____												
Con sede in _____								Prov. ____		C.A.P. _____		
Via _____											n. ____	
Tel. ____/____			Fax ____/____			e-mail _____					P.E.C. <input type="checkbox"/>	
Cod. fiscale _____												
p. I.V.A _____												
Legale rappresentante: cognome e nome _____												
Nato/a a _____								Prov. ____		Il __/__/__		
Cod. fiscale _____												
Residente in _____								Prov. ____		C.A.P. _____		
Via _____											n. ____	
Tel. ____/____			Fax ____/____			e-mail _____					P.E.C. <input type="checkbox"/>	

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, ai sensi dell' art. 76 del DPR 445/2000

CHIEDE

il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio dell'attività di struttura sanitaria ai sensi della L.R. 16 agosto 2002 n. 22 (tipologia secondo classificazione approvata con D.G.R. n° 2501 del 06/08/2004 e coordinata con le successive integrazioni e modifiche apportate con DD.G.R. n. 549 del 04/03/2005, n. 2332 del 09/08/2005, n. 2420 del 09/08/2005, n. 3223 del 25/10/2005, n. 811 del 21/03/2006, n. 3148 del 09/10/2007)

Per la seguente attività: _____			

Sita in Comune di: _____			Prov. ____
Via _____	n. ____	Piano _____	
Sezione _____	Foglio ____	Mappale _____	Subalterno _____

DICHIARA

Di essere:	
<input type="checkbox"/>	proprietario;
<input type="checkbox"/>	affittuario;
<input type="checkbox"/>	iscritto nel registro delle imprese presso C.C.I.A.A.
<input type="checkbox"/>	Altro: _____
Dichiara altresì	
<input type="checkbox"/>	che l'immobile dove viene svolta l'attività è stato dichiarato agibile con certificazione di agibilità ad <u>uso direzionale</u> n. _____ del ____/____/____ e che successivamente a tale data non sono state eseguite opere edilizie che comportassero nuova agibilità, ai sensi dell'art. 24 D.P.R. 380/2001.
<input type="checkbox"/>	che il suddetto immobile è stato realizzato/modificato in conformità alla: <ul style="list-style-type: none"> • Licenza/Concessione/Autorizzazione edilizia n. _____ rilasciata il ____/____/____ • D.I.A./ S.C.I.A. / C.I.A. prot. _____ presentata in data ____/____/____ • Al Condono Edilizio (L. 47/1985, L. 724/1994, L. 326/2003) n. _____ rilasciato il ____/____/____ • Permesso di Costruire n. _____ rilasciato il ____/____/____

Tipologie:	
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio -Specialistico
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio chirurgico
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio chirurgico con sala operatoria
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio dialisi
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio di medicina dello sport di 1° livello
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio di medicina dello sport di 2° livello
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio di medicina dello sport di 3° livello
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio Medicina Fisica, Riabilitativa, Recupero e Rieducazione.
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio/Studio Veterinario con accesso di animali
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio-Procreazione medicalmente Assistita di 1° livello
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio-Procreazione medicalmente Assistita di 2° livello
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio-Procreazione medicalmente Assistita di 3° livello
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio-Crioconservazione Gameti Maschili
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio-Studio Odontoiatrico
<input type="checkbox"/>	Attività Radioterapica
<input type="checkbox"/>	Diagnostica per Immagini
<input type="checkbox"/>	Laboratorio Veterinario
<input type="checkbox"/>	Medicina di Laboratorio
<input type="checkbox"/>	Medicina Nucleare
<input type="checkbox"/>	Poliambulatorio
<input type="checkbox"/>	Punti prelievo
<input type="checkbox"/>	Struttura extra-ospedaliera di chirurgia
<input type="checkbox"/>	Studi di fisioterapia

ALLEGA ALLA PRESENTE (Allegati obbligatori)
Per domanda nuova – rinnovo con variazioni – subentro-

in duplice copia:

- Relazione sintetica di presentazione della struttura: mission, popolazione/bacino d'utenza, tipologia e volumi delle prestazioni, elenco specialità mediche/non mediche, organigramma, dotazione organica con allegato titoli di studio e, per il personale medico, fotocopia del tesserino di iscrizione all'Ordine dei Medici
- Planimetria dei locali, in scala adeguata, con l'indicazione funzionale dei locali e la disposizione degli arredi e della strumentazione, firmata dal richiedente
- Scheda dati catastali e planimetria stato di fatto dell'unità immobiliare con indicazione dell'utilizzo dei locali, indicati in mq, timbrata, firmata e datata
- Dichiarazione di assunzione della direzione da parte del medico in caso di tipologia "assistenza specialistica ambulatoriale"
- Liste di verifica (requisiti per l'autorizzazione all'esercizio) compilate nella colonna riservata all'autovalutazione, timbrate e firmate in ogni singola pagina relative ai requisiti generali ([Requisiti Generali AU-1](#) - [Requisiti Generali AU-2](#)); (**allegare originali + fotocopie**)
- Liste di verifica (requisiti per l'autorizzazione all'esercizio) compilate nella colonna riservata all'autovalutazione, timbrate e firmate in ogni singola pagina relative ai requisiti generali specifici); (**allegare originali + fotocopie**)

ed in unico esemplare:

- Copia fotostatica del documento di identità del/dei richiedenti;
- Copia fotostatica del documento di identità del dichiarante l'assunzione della direzione sanitaria;
- Copia atto costituzione associazione professionale in caso di studio associato (classe e codice B9/2) nel quale deve essere individuato il medico cui è affidata la responsabilità nei confronti dell'utenza della sicurezza e del corretto funzionamento delle apparecchiature biomedicali e sanitarie.
- Copia atto costituzione società (classe e codice B5)
- Altro: _____

Ulteriori allegati da presentare con domanda di SUBENTRO :

- Copia atto di subentro o dichiarazione di entrambe le parti;
- Dichiarazione dell'interessato di voler usufruire del regime di deroga già concessa al precedente titolare, per i requisiti per cui la normativa lo prevede (facoltativo);

ALLEGA ALLA PRESENTE (Allegati obbligatori)

SOLO per comunicazione di trasferimento di titolarità esercizio attività sanitaria

- Copia atto di trasferimento di titolarità;
- Dichiarazione dell'interessato di voler usufruire del regime di deroga già concessa al precedente titolare, per i requisiti per cui la normativa lo prevede (facoltativo);
- Provvedimento di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria Prot. gen. _____/_____ del _____

Privacy - Informativa ai sensi dell'art.13 del D.lgs. n.196/2003

Ai sensi del D.lgs. n.196/2003 i dati forniti saranno trattati per le finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dalla LR 22/2002, compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Data __/__/____

Firma del Richiedente

(IN CASO I DICHIARANTI FOSSERO PIÙ D'UNO CHI FIRMA DEVE ALLEGARE DELEGA E CARTA D'IDENTITÀ DI TUTTI GLI ALTRI)

LA DOMANDA PUO' ESSERE PRESENTATA:

Via Posta Elettronica Certificata (P.E.C.)

Solo documenti firmati digitalmente o accompagnati da scansione di valido documento di identità del/dei firmatario/i
Casella di posta elettronica certificata (P.E.C.) del Comune di Venezia: protocollo@pec.comune.venezia.it;

Presso l'ufficio Protocollo dedicato agli Uffici del Polo Tecnico Terraferma ex Carbonifera

Mestre - Viale Ancona n. 59 - atrio piano terra

Apertura al pubblico: lunedì-venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30 - mercoledì pomeriggio dalle 15.00 alle 17.00

Presso l'ufficio Protocollo Generale

- Venezia - Municipio Ca' Farsetti - San Marco n. 4136:

- Mestre - Via Ca' Rossa n. 10/d:

Spedizione a mezzo lettera raccomandata indirizzata a:

Comune di Venezia - Direzione Servizi al cittadino e imprese

Servizio Autorizzazioni L.R.22/2002 –

Viale Ancona n. 59

30172 VENEZIA-MESTRE