

	<p>COMUNE DI VENEZIA DIREZIONE SPORTELLO UNICO EDILIZIA POSTAZIONE PROTOCOLLO GENERALE 68 2 1 0 0</p>	<p>Marca da bollo € 16,00</p>
---	---	-------------------------------

L. R. 22/2002

DOMANDA RINNOVO AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI STRUTTURA SANITARIA

- SENZA VARIAZIONI -

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 L.R. 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 **RINNOVO** dell'Autorizzazione all'esercizio dell'attività di struttura sanitaria, **rilasciata con Prot. gen.** _____ / _____ **del** _____, **con scadenza il** _____, 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 ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/>	che lo stato di fatto dell'unità immobiliare è rimasto invariato rispetto alla planimetria depositata con la domanda di autorizzazione originaria e allegata al precedente provvedimento di autorizzazione all'esercizio prot. gen. _____ del ____ (in scadenza).

<input type="checkbox"/>	_____
--------------------------	-------

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,Riabilit.,Recupero e Ried.
<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)

in duplice copia (originale + 1 copia):

- 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](#)) **Presentare 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); **Presentare ORIGINALI + fotocopie**
- Planimetria dei locali, in scala adeguata (preferibilmente 1:100), con l'indicazione funzionale dei locali e la disposizione degli arredi e della strumentazione, firmata dal richiedente

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;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445/2000 attestante la presenza delle condizioni richiamate al punto 1) DGRV n. 1667 del 18/10/2011 – allegato A (**fac-simile allegato N. 1 al presente modulo**) e relativi allegati.

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 siano 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 Sportello Unico Edilizia

Settore L.R.22/2002 –

Viale Ancona n. 59

30172 VENEZIA-MESTRE VE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DELL'ART.47 DEL DPR 445/2000
(con riferimento a quanto previsto dalla DGRV n.1667 del 18.10.2011)

Il sottoscritto

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ CAP _____

Tel/cell _____

In qualità di legale rappresentante/titolare della struttura

denominata _____

sita in _____ CAP _____ Via _____

Tipologia di struttura _____

Autorizzata con provvedimento (da allegare copia)

Tipo _____ prot.gen. _____ del _____

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del DPR 445/2000

DICHIARA

AI FINI DEL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

- Che i Requisiti minimi generali e specifici **non hanno subito modifiche o variazioni** nel corso della durata dell'autorizzazione all'esercizio, fatti salvi i seguenti adempimenti posti in essere in atto in esecuzione della normativa _____ in _____ materia _____ di _____ sicurezza _____ e/o _____ di settore _____
- Che per le attività già autorizzate e oggetto di rinnovo **non è venuta meno la disponibilità** delle relative professionalità, attrezzature e presidi necessari al loro svolgimento;
- Che tutto **il personale**, di cui si allega elenco nominativo con relativa figura professionale, che opera presso la struttura, sia a livello di dipendenza che a rapporto di consulenza e/o collaborazione **è in possesso** del prescritto titolo di studio o qualifica professionale, nonché specializzazione ove richiesta;

- Che il personale medico risulta iscritto all'Ordine dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri;
- Che i requisiti minimi generali e specifici, come risultanti dalle relative schede (nuove schede allegate timbrate – firmate e datate) e applicabili alla struttura sopra richiamata sono stati auto-valutati con l'esito riportato a fianco di ciascuno sulla scorta delle relative evidenze che si trattengono per esibirle, a richiesta, in caso di verifica;
- Che la presente dichiarazione vale per:
 - tutte le strutture / attività oggetto dell'istanza di RINNOVO dell'autorizzazione all'esercizio;
 - tutte le strutture / attività oggetto dell'istanza di RINNOVO dell'autorizzazione all'esercizio **ad esclusione** delle seguenti, per cui sono intervenute variazioni tali da richiedere una specifica verifica interna:

_____;
 _____;

Dichiara altresì

- che all'immobile sito in _____ via _____, dove viene svolta l'attività sanitaria, dalla data di rilascio della precedente autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria (prot. gen. _____ del _____) non sono state eseguite opere edilizie tali da comportare la richiesta di una nuova agibilità.
- che lo stato di fatto dell'unità immobiliare è rimasto invariato rispetto alla planimetria depositata con la domanda di autorizzazione originaria e allegata al precedente provvedimento di autorizzazione all'esercizio prot. gen. _____ del _____ (in scadenza).
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazione vengono rese.

Allegati:

1. **Fotocopia non autenticata del documento di identità ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000;**
2. **Elenco nominativo del personale con relativa figura professionale.**

Data _____

FIRMA
