



ALL'UFFICIO SUAP DI Comune di Ariccia

**COMUNICAZIONE**

INTERVENTO	PROCEDIMENTO
Modifica dei soggetti titolari dei requisiti dell'attività di Struttura socio-sanitaria	AUTOMATIZZATO ai sensi dell'articolo 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 07/09/2010, n. 160

Sezione anagrafica del titolare dell'attività

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<b>Residenza</b>										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<b>in qualità di</b> <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>										
Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale					Tipologia					
<b>Sede legale</b>										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Codice Fiscale					Partita IVA					
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata						
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio					Provincia	Numero iscrizione				

**in relazione all'attività di struttura socio-assistenziale per**

<b>Tipologia dell'attività</b>	
<input type="radio"/>	attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale ivi compresa quella riabilitativa
<input type="radio"/>	attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie e/o postacuzie
<input type="radio"/>	attività sanitaria e socio-sanitaria per prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale
<input type="radio"/>	stabilimento termale
<input type="radio"/>	attività di assistenza domiciliare, studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, nonchè le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche
<input type="radio"/>	attività professionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonchè gli studi medici ove il singolo professionista medico o più professionisti medici o più professionisti medici associati, anche di diversa area medica, esercitano ciascuno in forma autonoma e sotto la propria esclusiva responsabilità, l'attività professionale erogando prestazioni non invasive e come tali non implicanti un rischio per la sicurezza del paziente (studi medici)
<input type="radio"/>	attività di studi professionali sanitari non medici
<b>Tipologia di funzione operativa</b>	
<input type="checkbox"/>	assistenza specialistica ambulatoriale
<input type="checkbox"/>	centro di salute mentale

<input type="checkbox"/>	servizi di medicina di laboratorio	<input type="checkbox"/>	consultorio familiare				
<input type="checkbox"/>	attività di diagnostica per immagini	<input type="checkbox"/>	ambulatorio chirurgico				
<input type="checkbox"/>	attività di riabilitazione	<input type="checkbox"/>	ambulatorio odontoiatrico				
<input type="checkbox"/>	centro dialisi	<input type="checkbox"/>	studio medico				
<input type="checkbox"/>	altra funzione operativa (specificare)						
<b>Tipologia di funzione sanitaria</b>							
assistenza specialistica ambulatoriale	<input type="checkbox"/>	allergologia	<input type="checkbox"/>	anatomia patologica	<input type="checkbox"/>	andrologia	
	<input type="checkbox"/>	anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/>	angiologia	<input type="checkbox"/>	cardiologia	
	<input type="checkbox"/>	chirurgia generale	<input type="checkbox"/>	dermatologia	<input type="checkbox"/>	dietetica	
	<input type="checkbox"/>	ematologia	<input type="checkbox"/>	endocrinologia	<input type="checkbox"/>	epatologia	
	<input type="checkbox"/>	epidemiologia	<input type="checkbox"/>	gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	genetica	
	<input type="checkbox"/>	geriatria	<input type="checkbox"/>	ginecologia e ostetricia	<input type="checkbox"/>	immunologia	
	<input type="checkbox"/>	infettivologia	<input type="checkbox"/>	istologia	<input type="checkbox"/>	logopedia	
	<input type="checkbox"/>	medicina generale	<input type="checkbox"/>	medicina del lavoro	<input type="checkbox"/>	medicina sportiva	
	<input type="checkbox"/>	nefrologia e dialisi	<input type="checkbox"/>	neonatologia	<input type="checkbox"/>	neurologia	
	<input type="checkbox"/>	neurochirurgia	<input type="checkbox"/>	oculistica	<input type="checkbox"/>	odontoiatria	
	<input type="checkbox"/>	oftalmologia	<input type="checkbox"/>	oncologia	<input type="checkbox"/>	ortopedia e traumatologia	
	<input type="checkbox"/>	otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>	pediatria	<input type="checkbox"/>	pneumologia	
	<input type="checkbox"/>	psichiatria	<input type="checkbox"/>	radiologia	<input type="checkbox"/>	radioterapia	
	<input type="checkbox"/>	reumatologia	<input type="checkbox"/>	traumatologia	<input type="checkbox"/>	urologia	
	<input type="checkbox"/>	altra funzione sanitaria (specificare)					
	servizi di medicina di laboratorio	<input type="checkbox"/>	anatomia e istologia patologica	<input type="checkbox"/>	genetica	<input type="checkbox"/>	microbiologia e virologia
		<input type="checkbox"/>	immunoematologia e servizi trasfuzionali	<input type="checkbox"/>	laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche		
<input type="checkbox"/>		altra funzione sanitaria (specificare)					
attività di recupero e rieducazione funzionale	<input type="checkbox"/>	medicina fisica e riabilitazione/recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	<input type="checkbox"/>	riabilitazione cardiologica	<input type="checkbox"/>	riabilitazione pneumologica e virologia	
	<input type="checkbox"/>	altra funzione sanitaria (specificare)					
<b>Breve descrizione attività</b>							

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**COMUNICA\***

- di essere cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea  
 di essere cittadino di stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno

Numero	Motivo	Rilasciato da	In data	Scadenza

- di essere apolide, con status riconosciuto dal servizio anagrafico del

Provincia	Comune

Ai fini delle comunicazioni relative al presente procedimento di eleggere il domicilio elettronico presso

- la propria casella di Posta Elettronica Certificata (specificare)  
 la casella di Posta Elettronica Certificata del soggetto delegato alla trasmissione telematica della documentazione

Cognome	Nome
Codice Fiscale	Indirizzo PEC

**IMPORTANTE:** inserire l'indirizzo della casella PEC a cui il SUAP dovrà inviare la ricevuta e le altre comunicazioni relative al procedimento

**Ubicazione dell'esercizio**

Particella terreni o unità immobiliare urbana		Codice catastale	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Piano

Di cui autorizzazione/comunicazione DIA/SCIA n.	del

**Soggetti che cessano la titolarità dei requisiti morali e antimafia**

Nome	Cognome	Codice fiscale

**Nuovi soggetti titolari dei requisiti morali e antimafia**

Nome	Cognome	Codice fiscale

Ognuno dei soggetti sopra indicati deve compilare e sottoscrivere la "Dichiarazione soggetti di cui all'articolo 85 del Decreto Legislativo 06/09/2011, n. 159"

## Nuovo direttore della struttura sanitaria

Nome	Cognome	Codice fiscale

Il soggetto sopra specificato dovrà compilare e sottoscrivere la "Dichiarazione del direttore della struttura socio-sanitaria"

## Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	Dichiarazione del direttore della struttura socio-sanitaria
<input type="checkbox"/>	Permesso di soggiorno (obbligatorio per i cittadini di uno stato non appartenente all'Unione Europea)
<input type="checkbox"/>	Copia documento di riconoscimento del dichiarante. E' valida una sola allegazione per tutte le dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000
<input type="checkbox"/>	Versamenti diritti di istruttoria a favore dei singoli Enti coinvolti nel procedimento
<input type="checkbox"/>	Comunicazione antimafia (obbligatorio)
<input type="checkbox"/>	Altri allegati (specificare)

**(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata dal richiedente con firma digitale.**

Qualora il dichiarante sia sprovvisto di firma digitale tutte le dichiarazioni sono sottoscritte con firma autografa, accompagnata da copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e dalla procura speciale, e il procuratore deve firmare digitalmente la comunicazione nonché tutti gli allegati.

## Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ariccia

Luogo

Data

Il dichiarante