

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DI UNA STRUTTURA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA GIA' IN ESERCIZIO NEL TERRITORIO DELLO STESSO DISTRETTO SANITARIO

Al Comune di _____

A

Il/la sottoscritto/a _____
 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 al trasferimento **nel Comune di** _____
Via _____ della struttura sanitaria e/o socio sanitaria

ubicata nel Comune _____ **Via** _____

C

denominata (1): _____
 per l'erogazione di prestazioni (2): _____
 in regime (3): _____
 con una dotazione di (4) n: _____ posti letto a ciclo continuativo/residenziali e di n° _____ p.l. a ciclo diurno/semi residenziali

Codice	Disciplina	P.L.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

D

dello studio odontoiatrico/medico o di altra professione sanitaria, soggetto ad autorizzazione **all'esercizio ai sensi della D.G.R. n. _____ del _____.**

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiede autorizzazione alla realizzazione per trasferimento sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nella D.G.R. n° _____ del _____ e ai requisiti minimi definiti con la medesima deliberazione. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia, **se dovute**.

A tal fine dichiara, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, che **il trasferimento non comporta ampliamento e trasformazione** della struttura:

E

denominata (1): _____

già autorizzata con atto (*) del _____ n. _____ del _____

attualmente eroga prestazioni (2): _____

in regime (3): _____

con una dotazione di (4) n: _____ posti letto a ciclo continuativo/residenziali e di n° ____ p.l. a ciclo diurno/semi residenziali

Codice	Disciplina	P.L.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* indicare l'ultimo provvedimento autorizzativo, se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali allegare alla presente un elenco contenente gli estremi degli ultimi atti autorizzativi.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AReal.4 bis

La domanda di autorizzazione al trasferimento di una struttura sanitaria e/o socio sanitaria nel territorio dello stesso distretto sanitario va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia, se dovute.

La stessa deve essere prodotta:

- ☞ in due copie. **Nel caso il trasferimento sia richiesto in altro Comune appartenente allo stesso distretto della stessa ASL, una ulteriore copia della domanda va inviata, per conoscenza, al Comune dal quale si intende trasferirsi.**

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. **Nel caso degli Studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi e i dati anagrafici di tutti gli associati.**

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica.

Il riquadro C deve essere compilato indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura;

al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare a seguito di autorizzazione al trasferimento nell'ambito di quelle individuate dalla DGR n° _____ del _____ e precisamente:

nel regime ambulatoriale extra o intraospedaliero:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1) specialistiche mediche: classe 1-2-3 2) specialistiche chirurgiche: classe 1-2-3 3) odontoiatriche 4) di medicina di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> laboratori generali di base laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F laboratori specializzati: A,B, C, D, E, F punti prelievo esterni 5) di anatomia patologica 6) di medicina trasfusionale | <ul style="list-style-type: none"> 7) di diagnostica per immagini 8) di radioterapia 9) di medicina nucleare in vivo 10) di riabilitazione 11) di dialisi 12) di terapia iperbarica 13) centro di salute mentale 14) di consultorio familiare 15) di trattamento delle tossicodipendenze 16) centri erogatori di prestazioni di diabetologia |
|--|--|

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno:

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)
secondo il seguente elenco:

<i>Codice</i>	<i>Disciplina</i>	<i>Codice</i>	<i>Disciplina</i>
	Area medica		Area Terapia Intensiva
01	Allergologia	49	Rian.T.Intensiv Poliv
5	Angiologia	50	U.T.I.C.
8	Cardiologia	47	Grandi ustionati
52	Dermatologia	28	Unita' spinale
18	Ematologia		
19	Endocrinologia		Area Materno Infantile
19579	Diabetologia	37	Ostetricia e Ginecologia
58	Gastroenterologia	73	T.Intensiva Neonatale
21	Geriatria	73573	T. subintensiva Neonatale
20	Immunologia	62	Neonatologia
24	Malattie infettive	39	Pediatria
25	Medicina del Lavoro	11	Chirurgia Pediatrica
26	Medicina generale	33	Neuropsichiatria Infantile
29	Nefrologia		
32	Neurologia		Area Riabilitazione
64	Oncologia	6060	Lungodegenza e Med. Non Specialistica
68	Pneumologia	5640	Riab.ne psichiatrica
40	Psichiatria	7575	Riab.ne specialistica Neurologica
70	Radioterapia	5668	Riab.ne Specialistica Respiratoria
71	Reumatologia	5608	Riab.ne Specialistica Cardiologica
51	Oss. Breve - Ast. Med. Chirurgica	5636	Riab.ne Specialistica Ortopedica
54	Emodialisi	5621	Riab.ne Geriatrica
	Area Chirurgica		
9	Chirurgia Generale		
9599	Chirurgia d' urgenza		
10	Chirurgia maxillo facciale		
12	Chirurgia plastica		
13	Chirurgia toracica		
14	Chirurgia vascolare		
7	Cardiochirurgia		
30	Neurochirurgia		
9500	Chirurgia con trapianto		
43	Urologia		
36	Ortopedia		
34	Oculistica		
38	Otorinolaringoiatria		
35	Odontostomatologia		

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione estensiva per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale:
centri diurni psichiatrici;
day hospital psichiatrici;
strutture sanitarie psichiatriche (S.I.R.);
- 3) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 4) residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.);
- 5) di cure palliative (hospice)

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale.

al punto (4) il numero dei posti letto, riportati per singola disciplina nel caso di presidi ospedalieri, o nel caso di strutture residenziali o semiresidenziali dei quali si richiede il trasferimento.

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisce al trasferimento di uno studio odontoiatrico, medico o di altra professione sanitaria, già autorizzato all'esercizio, ai sensi della D.G.R. n. _____ del _____.

Il riquadro E deve essere compilato integralmente indicando:

- al punto (1) la denominazione della struttura;
- al punto (2) la tipologia delle prestazioni già autorizzate. Per la individuazione della tipologia delle prestazioni si fa riferimento a quanto già riportato per il punto 2 del riquadro C;
- al punto (3) il regime nel quale si erogano le prestazioni già autorizzate;
- al punto (4) il numero di posti letto già autorizzati riportati per singola disciplina nel caso di presidi ospedalieri o nel caso di strutture residenziali o semiresidenziali.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura o dal suo legale rappresentante **o da tutti gli associati in studio.**