

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI NUOVA REALIZZAZIONE**

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 all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio-sanitaria)

**C**

nella struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1): _____
per l'erogazione di prestazioni (2): _____
in regime (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

**D**

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

realizzato nella unità immobiliare sita in codesto Comune, via \_\_\_\_\_

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

- che la/lo struttura/studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto\* sulla base del quale è stata rilasciata l'autorizzazione alla realizzazione/**trasferimento, con atto del \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**;
- che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è in possesso dei requisiti minimi in conformità a quanto richiesto dalla deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- 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 \_\_\_\_\_.

Per tale autorizzazione presenta separata istanza per il rilascio del certificato di agibilità.

Firma del Titolare o Legale rappresentante: \_\_\_\_\_  
(per esteso)

**\*riportare gli estremi dell'autorizzazione al trasferimento solo per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie e per le strutture da trasferire nello stesso ambito distrettuale, senza ampliamento e trasformazione;**

**\*\* ove richiesta**

## Istruzioni per la compilazione del Modello Aeser.1

La domanda di autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio sanitaria di nuova realizzazione deve essere presentata in duplice copia al Comune.

**Il riquadro A** deve essere sempre compilato integralmente.

**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 all'esercizio nell'ambito di quelle individuate dalla DGR n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e precisamente:

nel regime ambulatoriale extra o intraospedaliero:

- |   |  |
|---|--|
| <p>1) specialistiche mediche: classe 1-2-3</p> <p>2) specialistiche chirurgiche: classe 1-2-3</p> <p>3) odontoiatriche</p> <p>4) di medicina di laboratorio:<br/>laboratori generali di base<br/>laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F<br/>laboratori specializzati: A,B, C, D, E, F<br/>punti prelievo esterni</p> <p>5) di anatomia patologica</p> <p>6) di medicina trasfusionale</p> | <p>7) di diagnostica per immagini:</p> <p>8) di radioterapia</p> <p>9) di medicina nucleare in vivo</p> <p>10) di riabilitazione</p> <p>11) di dialisi</p> <p>12) di terapia iperbarica</p> <p>13) centro di salute mentale</p> <p>14) di consultorio familiare</p> <p>15) di trattamento delle tossicodipendenze</p> <p>16) centri erogatori di prestazioni di diabetologia</p> |
|---|--|

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>
	<b>Area medica</b>		<b>Area Terapia Intensiva</b>
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		<b>Area Materno Infantile</b>
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		<b>Area Riabilitazione</b>
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
	<b>Area Chirurgica</b>		
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 **l'autorizzazione all'esercizio**.

**Il riquadro C1** 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.

**Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisce all'autorizzazione all'esercizio di uno studio odontoiatrico, medico o di altra professione sanitaria.**

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