

marca da bollo

**Alla**

**PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**

**Unità di missione semplice**

**Disabilità ed integrazione socio sanitaria**

Via Gilli, 4

38121 TRENTO

umse.disabili\_integrasociosan@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA MODIFICAZIONE DI STRUTTURA  
SANITARIA E/O SOCIO-SANITARIA**

*(D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg - art. 4 e allegato)*

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

codice fiscale

*(se la domanda è presentata da una persona giuridica)*

nella sua qualità di:

titolare dell'impresa individuale

legale rappresentante della società/ente

\_\_\_\_\_ indicare la corretta denominazione

con sede \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ indicare l'indirizzo (via, n°civico, località/frazione, cap, comune)

codice fiscale \_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_



**con riferimento alle FUNZIONI svolte**

nella struttura sanitaria/socio-sanitaria,  
denominata: \_\_\_\_\_  
sita nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
identificata nella p.f./p.ed. \_\_\_\_\_ p.m. \_\_\_\_\_  
di proprietà di \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_  
tipologia contratto per utilizzo dell'immobile (se non di proprietà)  
\_\_\_\_\_  
orario di apertura \_\_\_\_\_  
periodo di apertura (solo se si tratta di apertura stagionale) \_\_\_\_\_  
già autorizzata con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
*(da dichiarare solo se in possesso di precedente autorizzazione)*

**CHIEDE**

l'autorizzazione ad apportare la seguente **MODIFICAZIONE:**

**ADATTAMENTO**

modifiche strutturali o tecnologiche incidenti sulle funzioni originariamente autorizzate – specificare quali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e/o

**AMPLIAMENTO**

aumento posti letto: specificare

n. ulteriori posti letto ospedalieri \_\_\_\_\_ per acuti

n. ulteriori posti letto ospedalieri \_\_\_\_\_ per riabilitazione

n. ulteriori posti letto ospedalieri \_\_\_\_\_ per lungodegenza

funzione operativa/sanitaria \_\_\_\_\_

n. ulteriori posti residenziali \_\_\_\_\_

n. ulteriori posti semiresidenziali \_\_\_\_\_

funzione operativa/sanitaria \_\_\_\_\_

aumento punti cura

n. ulteriori punti cura \_\_\_\_\_

attivazione funzioni aggiuntive: specificare le funzioni operative/sanitarie oggetto della domanda:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e/o



**TRASFORMAZIONE**

<input type="checkbox"/> modifica	funzioni	già	autorizzate:	specificare
<hr/>				
<hr/>				
<input type="checkbox"/> cambio d'uso degli edifici destinati a nuove funzioni sanitarie				
<hr/>				
indicare le funzioni oggetto di trasformazione				
da				
.....				
.....				
a				
.....				
.....				

e/o

**TRASFERIMENTO AD ALTRA SEDE**

specificare le funzioni strutturali/operative/sanitarie trasferite				
<hr/>				
<hr/>				
e indicare la sede del trasferimento				
Comune di _____ via _____ n. _____				
p.f./p.ed. _____ p.m. _____ C.C. _____				

A tal fine  
**DICHIARA**

- che gli atti progettuali relativi alla struttura come sopra individuata sono redatti nel rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici stabiliti dal regolamento in oggetto.

Il sottoscritto dichiara altresì di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo PEC sopra indicato) ..... quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

.....

Si allega la seguente documentazione

- Informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.
- Fotocopia di un documento d'identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);

*solo per le strutture private organizzate con modalità imprenditoriali o società:*

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del legale rappresentante, con indicazione dei soggetti da



sottoporre alle verifiche antimafia

- N.....dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà di altre persone, diverse dal legale rappresentante, indicate dall'articolo 85 del D. Lgs. 159/2011.

In caso di domanda trasmessa tramite sito web o portale, non serve la sottoscrizione, ma il soggetto deve preventivamente identificarsi attraverso SPID (Sistema Pubblico per la gestione dell'identità digitale di cittadini e imprese), CIE (carta d'identità elettronica), CNS (carta nazionale dei servizi) o CPS (carta provinciale dei servizi).

