

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 ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' IN STRUTTURE
SOCIO SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE**

(D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg - art. 5 e allegato) (cod. proc. 2169)

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ___ / ___ / ___

residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale

nella sua qualità di:

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 _____



CHIEDE

P'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO di attività sanitaria e/o socio-sanitaria

della struttura 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 (<i>solo se si tratta di apertura stagionale</i>) _____ già autorizzata con provvedimento n. _____ del _____ rilasciato da _____ <small>(da dichiarare solo se in possesso di precedente autorizzazione)</small>
--

per l'esercizio delle **FUNZIONI**:

dettagliate nell' "ELENCO ATTIVITÀ" (ALLEGATO A della presente domanda).

Al fine di consentire all'amministrazione l'acquisizione d'ufficio dei dati, delle informazioni e dei documenti necessari

DICHIARA

- che la direzione sanitaria della struttura è assunta da _____ nato a _____ il _____
codice fiscale in possesso del titolo di studio di _____
conseguito presso _____ in data _____
specialista in _____ iscritto
all'Ordine _____ della Provincia di _____
al n. _____;
- che è stata rilasciata l'agibilità/abitabilità dei locali con provvedimento prot. n. _____ di data _____ dal Comune di _____;
- che la struttura è in possesso dei requisiti elencati nelle liste di controllo allegate;
- che per la struttura sono rispettati i parametri di personale, qualora stabiliti dalle direttive della Giunta provinciale con riferimento al numero complessivo di posti letto autorizzati come risulta dall'elenco del personale allegato;



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.
- ELENCO ATTIVITA' (ALLEGATO A)**
- DOCUMENTAZIONE DI CUI ALL'ELENCO (ALLEGATO B)**
- Fotocopia di un documento d'identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);

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).

