

marca da bollo

Alla
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Dipartimento salute e politiche sociali
Via Gilli, 4
38121 TRENTO
dip.salute@pec.provincia.tn.it

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

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

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale

nella sua qualità di:

libero professionista, esercente la professione sanitaria _____, iscritto
all'Ordine _____ della Provincia di _____ al
n. _____ dal _____.

(se la domanda è presentata da una persona giuridica)

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



L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO di attività sanitaria

della 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 <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 _____;
- (solo in caso di stabilimenti idrotermali)* che è stata rilasciata la concessione mineraria o sub concessione o altro titolo giuridicamente valido per l'utilizzo delle acque;
- (solo in caso di stabilimenti idrotermali)* che è stato rilasciato il riconoscimento (*) delle proprietà terapeutiche delle acque, per (**), _____, secondo quanto previsto _____



dalla lettera t) dell'articolo 6 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da parte del Ministero
_____ con provvedimento/decreto n.
_____ di data _____;

(solo per gli stabilimenti di fitobalneoterapia) che è stata rilasciato l'atto di concessione allo sfalcio con provvedimento prot. n. _____ di data _____ dal Comune di _____;

(solo per gli stabilimenti di fitobalneoterapia) che sono state riconosciute le indicazioni terapeutiche delle cure fitobalneoterapiche, con provvedimento della Provincia n. _____ di data _____;

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;

(*) Per le aziende termali autorizzate anteriormente all'entrata in vigore della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il nullaosta del Ministero della Sanità rilasciato in base all'articolo 16 del R.D. 28 settembre 1919, n. 1924, tiene luogo del riconoscimento di cui all'articolo 6, lettera t) dell'anzidetta legge.

(**) Specificare il tipo di cura (es. balneoterapia...) e la malattia (es. malattie dermatologiche...) per la quale le proprietà terapeutiche sono riconosciute.

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).

