

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 dicembre 2004, n. 2095

L.R. 28 maggio 2004, n. 8 modificata con L.R. 04 agosto 2004, n. 14 art. 3 – Approvazione modelli per la richiesta di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

L'Assessore alla Sanità e Servizi Sociali, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n. 2, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Settore Sanità, riferisce quanto segue:

- sul BURP n. 65 del 28.05.2004 è stata pubblicata la legge regionale 28 maggio 2004, n. 8, avente ad oggetto: *“Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istuzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”*.
- L'art. 3 della citata legge, così come modificato dall'art. 16 della L.R. 04 agosto 2004, n. 14, dispone, tra l'altro, che la Giunta Regionale, con propria deliberazione, approva i modelli per la richiesta di autorizzazione e di accreditamento:
- Ritenuto, pertanto, di dover proporre alla G.R. l'approvazione dei modelli per la richiesta di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie e dei diagrammi di flusso per le relative procedure di cui all'allegato “A”:

“Copertura finanziaria di cui alla L.R. n. 28/2001 e successive modifiche ed integrazioni”

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo di entrate o di

spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivaleersi sulla Regione, di conseguenza non incide sul F.S.R. ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata e non produce oneri aggiuntivi rispetto alla quota del fondo assegnato o da assegnare alla A.S.L.

Il Dirigente dell'Ufficio
Lucia Buonamico

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, comma 4, lettera f):

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Settore;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- Di approvare, secondo quanto disposto dall'art. 3 della L.R. 28 maggio 2004, n. 8, così come modificato dall'art. 16 della L.R. 4 agosto 2004, l'allegato “A”, parte integrante del presente provvedimento, costituito da n. 14 modelli per la richiesta di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie nonché n. 5 diagrammi di flusso per le relative procedure.
- Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione, ai sensi dell'art. 6, lett. H) della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta
Dr. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Raffaele Fitto

ALLEGATO A

INDICE

- AutReal1:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI
- AutReal2:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE NON OSPEDALIERO, A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO
- AutReal3:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE)
- AutReal4:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI STABILIMENTI TERMALI
- AutReal5:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE
- AutReal6:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER L'AMPLIAMENTO DI UNA STRUTTURA GIA' ESISTENTE DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE
- AutReal7:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER TRASFORMAZIONE DI UNA STRUTTURA GIA' ESISTENTE DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE
- AutReal8:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER TRASFERIMENTO DI UNA STRUTTURA GIA' AUTORIZZATA, DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE
- AutEserc1:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI CUI ALLA L.R. N°8 DEL 28.05.04 ALL'ART.5 LETTERA a) punto 1)
- AutEserc2:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI CUI ALLA L.R. N°8 DEL 28.05.04 ALL'ART.5 LETTERA a) punto 2)
- AutEserc3:** DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI CUI ALLA L.R. N°8 DEL 28.05.04 ALL'ART.5 LETTERA b) punto 1.2
- AccrIstit:** DOMANDA PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE OPERANTI IN REGIME DI TRANSITORIO ACCREDITAMENTO AI SENSI DELLA LEGGE 724/94 GIA' AUTORIZZATE IN ESERCIZIO ALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA L.R. 8 DEL 28.05.04
- AccrProv:** DOMANDA PER L'ACCREDITAMENTO PROVVISORIO DI STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE
- AutTrasfTemp:** DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO TEMPORANEO DI UNA STRUTTURA ACCREDITATA, DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

Il presente ALLEGATO A è composto da 1 Indice, n. 14 Modelli di domanda e da n. 5 diagrammi di flusso delle procedure, per un totale di pagg. 45.

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI:

RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI

Al Comune di _____

A

Il/la sottoscritto/a _____		
Nato/a a _____	Prov. di _____	il _____
Residente a _____	Via _____	n° _____
CAP _____	Codice fiscale _____	Telefono _____

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____		
Partita IVA _____	con sede in _____	
Via _____	n° _____	

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione nel Comune di _____

alla via _____

della struttura a ciclo continuativo

a ciclo diurno

C

Denominata(1) _____		
(2)Tipologia: <input type="checkbox"/> medica	<input type="checkbox"/> polispécialistica	<input type="checkbox"/> polispécialistica
<input type="checkbox"/> monospécialistica	<input type="checkbox"/> chirurgica	<input type="checkbox"/> medico-chirurgica
<input type="checkbox"/> monospécialistica	<input type="checkbox"/> monospécialistica	<input type="checkbox"/> monospécialistica
Con dotazione di n° _____ posti letto		
Codice (3)	Disciplina	P.L.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

avente le caratteristiche indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento n° _____ del _____ ed ai requisiti minimi definiti nello stesso. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AutReal1

La domanda di autorizzazione alla realizzazione di una nuova struttura sanitaria e/o socio-sanitaria va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota (1) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA,SRL,)

Nota (2) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione facendo riferimento al DPCM 27/06/1996 articolo 3.

Nota (3) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere).

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME:

RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE NON OSPEDALIERO, A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO

Al Comune di _____

A

Il/la sottoscritto/a _____		
Nato/a a _____	Prov. di _____	il _____
Residente a _____	Via _____	n° _____
CAP _____	Codice fiscale _____	Telefono _____

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____	con sede in _____
Via _____	n° _____

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione nel Comune di _____

alla via _____

della struttura residenziale

semiresidenziale

C

Denominata(1) _____	
Con dotazione di n° _____ posti letto	
(2) Disciplina	P.L.
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

avente le caratteristiche indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento n° _____ del _____ ed ai requisiti minimi definiti nello stesso. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AutReal2

La domanda di autorizzazione alla realizzazione di una nuova struttura sanitaria e/o socio-sanitaria va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota (1) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA,SRL, ...)

Nota (2) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare.

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI :

CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE)

Al Comune di _____

A

Il/la sottoscritto/a _____	
Nato/a a _____	Prov. di _____ il _____
Residente a _____	Via _____ n° _____
CAP _____	Codice fiscale _____ Telefono _____

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____	con sede in _____
Via _____	n° _____

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione nel Comune di _____

alla via _____

della struttura a ciclo continuativo

C

Denominata(1) _____
Con dotazione di n° _____ posti letto.

avente le caratteristiche indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento n° _____ del _____ ed ai requisiti minimi definiti nello stesso. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AutReal3

La domanda di autorizzazione alla realizzazione di una nuova struttura sanitaria e/o socio-sanitaria va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota (1) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA, SRL, ...)

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI:

STABILIMENTI TERMALI

Al Comune di _____

A

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Codice fiscale _____ Telefono _____

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____

Partita IVA _____ con sede in _____

Via _____ n° _____

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione nel Comune di _____

alla via _____

della struttura

C

Denominata(1) _____

Per l'erogazione delle seguenti prestazioni(2):

avente le caratteristiche indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento n° _____ del _____ ed ai requisiti minimi definiti nello stesso. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AutReal4

La domanda di autorizzazione alla realizzazione di una nuova struttura sanitaria e/o socio-sanitaria va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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 per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA,SRL, ...)

Al punto (2) Specificare le prestazioni che lo stabilimento intende erogare, facendo riferimento alla normativa di riferimento.

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI:

**UNA NUOVA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE**

Al Comune di _____

A

Il/la sottoscritto/a _____	
Nato/a a _____	Prov. di _____ il _____
Residente a _____	Via _____ n° _____
CAP _____	Codice fiscale _____ Telefono _____

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____
Partita IVA _____ con sede in _____
Via _____ n° _____

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione nel Comune di _____
alla via _____
della struttura

Denominata(1) _____	
(2)Tipologia:	<input type="checkbox"/> polispecialistica <input type="checkbox"/> monospecialistica
Codice (3)	Disciplina
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

avente le caratteristiche indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento n° _____ del _____ ed ai requisiti minimi definiti nello stesso. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AutReal5

La domanda di autorizzazione alla realizzazione di una nuova struttura sanitaria e/o socio-sanitaria va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota (1) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA,SRL, ...)

Nota (2) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione.

Nota (3) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare con il relativo codice così come indicato nel DM 22.7.1996

A tal fine dichiara, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, che la struttura:

D(1)

Denominata(2) _____		
struttura <input type="checkbox"/> a ciclo continuativo <input type="checkbox"/> a ciclo diurno (3) Tipologia: <input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> medico-chirurgica <input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica		
struttura <input type="checkbox"/> residenziale <input type="checkbox"/> semiresidenziale		
struttura ambulatoriale (4) Tipologia: <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica		
Con dotazione di n° _____ posti letto		
Codice (5)	Disciplina	P.L.(6)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
per le quali attività è autorizzata con atto (7) n° _____ del _____		

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiede autorizzazione alla realizzazione per ampliamento sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento n° _____ del _____ ed ai requisiti minimi definiti nello stesso. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AutReal6

La domanda di autorizzazione alla realizzazione all'ampliamento di una nuova struttura sanitaria e/o socio-sanitaria va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota (1) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA, SRL,)

Nota (2) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare in caso di ospedali o case di cura, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere). Nel caso di strutture senza posti letto fare riferimento al codice del relativo DM 22.7.1996 (Discipline ambulatoriali).

Nota (3) indicare la lettera della fattispecie di ampliamento a cui si fa riferimento.

Il riquadro **D** deve essere compilato indicando:

Nota(1) Segnare con una crocetta solo la struttura di interesse individuata, tralasciando gli altri campi esistenti.

Nota (2) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA, SRL,)

Nota (3) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione facendo riferimento al DPCM 27/06/1996 articolo 3.

Nota (4) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione.

Nota (5) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare in caso di ospedali o case di cura, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere). Nel caso di strutture senza posti letto fare riferimento al codice del relativo DM 22.7.1996 (Discipline ambulatoriali).

Nota (6) Da compilare a carico delle strutture dotate di posti letto. Per gli ambulatori barrare il campo.

Nota (7) Deve essere inteso l'ultimo provvedimento autorizzativo se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali bisogna allegare, alla presente domanda, un elenco contenente gli estremi degli atti autorizzativi di ciascuna attività erogata.

A tal fine dichiara, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, che la struttura:

D(1)

Denominata(2) _____		
struttura <input type="checkbox"/> a ciclo continuativo <input type="checkbox"/> a ciclo diurno (3) Tipologia: <input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> medico-chirurgica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica		
struttura <input type="checkbox"/> residenziale <input type="checkbox"/> semiresidenziale		
struttura ambulatoriale (4) Tipologia: <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica		
Con dotazione di n° _____ posti letto		
Codice (5)	Disciplina	P.L.(6)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
per le quali attività è autorizzata con atto (7) n° _____ del _____		

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiede autorizzazione alla realizzazione per trasformazione sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento n° _____ del _____ ed ai requisiti minimi definiti nello stesso. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AutReal7

La domanda di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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:

Nota (1) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA,SRL, ...)

Nota (2) Deve essere segnata con una crocetta sul quadratino la/le fattispecie di interesse della struttura richiedente

Nota (3) per cambio d'uso degli edifici si intende variazioni rispetto alla accoglienza di nuove funzioni sanitarie o socio-sanitarie, con o senza lavori

Nota (4) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare in caso di ospedali o case di cura, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere). Nel caso di strutture senza posti letto fare riferimento al codice del relativo DM 22.7.1996 (Discipline ambulatoriali).

Nota (5) indicare la lettera della fattispecie di trasformazione a cui si fa riferimento.

Il riquadro **D** deve essere compilato indicando:

Nota(1) Segnare con una crocetta solo la struttura di interesse individuata, tralasciando gli altri campi esistenti.

Nota (2) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA,SRL, ...)

Nota (3) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione facendo riferimento al DPCM 27/06/1996 articolo 3.

Nota (4) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione.

Nota (5) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare in caso di ospedali o case di cura, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere). Nel caso di strutture senza posti letto fare riferimento al codice del relativo DM 22.7.1996 (Discipline ambulatoriali).

Nota (6) Da compilare a carico delle strutture dotate di posti letto. Per gli ambulatori barrare il campo.

Nota (7) Deve essere inteso l'ultimo provvedimento autorizzativo se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali bisogna allegare, alla presente domanda, un elenco contenente gli estremi degli atti autorizzativi di ciascuna attività erogata.

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER
TRASFERIMENTO
DI UNA STRUTTURA GIA' AUTORIZZATA, DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-
SANITARIE

Al Comune di _____

A

Il/la sottoscritto/a _____			
Nato/a a _____	Prov. di _____	il _____	
Residente a _____	Via _____	n° _____	
CAP _____	Codice fiscale _____	Telefono _____	

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____	con sede in _____
Via _____	n° _____

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento nel Comune di _____ alla
via _____ delle struttura sanitaria
e/o socio sanitaria già autorizzata, attualmente ubicata nel Comune di _____ alla
via _____

A tal fine dichiara, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, che la struttura:

C

Denominata(2) _____		
struttura <input type="checkbox"/> a ciclo continuativo <input type="checkbox"/> a ciclo diurno (3)Tipologia: <input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> medico-chirurgica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica		
struttura <input type="checkbox"/> residenziale <input type="checkbox"/> semiresidenziale		
struttura ambulatoriale (4)Tipologia: <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica		
Con dotazione di n° _____ posti letto		
Codice (5)	Disciplina	P.L.(6)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
per le quali attività è autorizzata con atto (7) n° _____ del _____		

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione alla realizzazione per trasferimento sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento n° _____ del _____ ed ai requisiti minimi definiti nello stesso. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AutReal8

La domanda di autorizzazione alla realizzazione per trasferimento di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria già autorizzata va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta in due copie. Nel caso in cui il trasferimento viene richiesto in altro Comune, appartenete ad altro distretto della stessa ASL, copia della sola istanza va inviata, per conoscenza, al Comune da cui si chiede il trasferimento. Nel caso in cui il trasferimento è richiesto in un Comune di altra ASL ulteriore copia dell'istanza dovrà essere inviata, per conoscenza, alla ASL dalla quale si intende trasferirsi.

Il riquadro **A** deve essere 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:

Nota(1) Segnare con una crocetta solo la struttura di interesse individuata, tralasciando gli altri campi esistenti.

Nota (2) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA,SRL,)

Nota (3) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione facendo riferimento al DPCM 27/06/1996 articolo 3.

Nota (4) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione.

Nota (5) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare in caso di ospedali o case di cura, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere). Nel caso di strutture senza posti letto fare riferimento al codice del relativo DM 22.7.1996 (Discipline ambulatoriali).

Nota (6) Da compilare a carico delle strutture dotate di posti letto. Per gli ambulatori barrare il campo.

Nota (7) Deve essere inteso l'ultimo provvedimento autorizzativo se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali bisogna allegare, alla presente domanda, un elenco contenente gli estremi degli atti autorizzativi di ciascuna attività erogata.

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI CUI ALLA L.R.
N°8 DEL 28.05.04

- STRUTTURE DI CUI ALL'ART.5 LETTERA a) punto 1) -

Alla Regione _____

A

Il/la sottoscritto/a _____			
Nato/a a _____		Prov. di _____ il _____	
Residente a _____		Via _____ n° _____	
CAP _____	Codice fiscale _____	Telefono _____	

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____	con sede in _____
Via _____ n° _____	

C

CHIEDE, in relazione alla struttura denominata (1) _____			
sita nel Comune _____ alla via _____			
il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio sanitaria) per :			
(2) Codice	Disciplina	P.L.	Regime(3)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

1. che la struttura è stata realizzata in conformità al progetto per il quale è stata rilasciata autorizzazione alla realizzazione (1)

per nuova struttura destinata alla erogazione di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno

per nuova struttura destinata alla erogazione di prestazioni in regime residenziale e semi residenziale non ospedaliero, a ciclo

continuativo e/o diurno.

di centri residenziali per cure palliative (hospice)

di stabilimenti termali

l'ampliamento

per la trasformazione

per la trasferimento

con atto n° _____ del Comune di _____ in data _____ ed
eventuale parere di compatibilità positivo rilasciato dal Dirigente del settore sanità con atto n° _____
del _____

2. che la struttura:

rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro

è in possesso dei requisiti minimi in conformità a quanto richiesto dal Regolamento n° _____ del _____

che la direzione sanitaria/responsabilità (1) è affidata al dott. _____

nato il _____ Laureato in _____ presso la
Università degli studi di _____ il _____ specialista in _____

iscritto presso l'Ordine dei _____ della provincia
di _____.

Data _____

Firma del titolare o legale Rappresentante _____

Istruzioni per la compilazione del Modello AutEserc1

La domanda di autorizzazione all'esercizio va presentata congiuntamente alla concessione o autorizzazione edilizia, certificato di agibilità, copia del diploma di laurea del Responsabile sanitario, certificato di prevenzione incendi nonché copia della verifica di compatibilità e relativo atto di autorizzazione alla realizzazione.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota (1) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA, SRL, ...)

Nota (3) Qualora si tratti di strutture per acuti specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere).

Nota(3) Indicare se trattasi attività a ciclo continuativo, diurno, residenziale o semi residenziale, hospice e nel caso degli stabilimenti termali, specificare che trattasi di stabilimento termale.

1.

Nota(1): Si chiede di contrassegnare la tipologia di autorizzazione alla realizzazione di cui si è in possesso in relazione alla cui fattispecie si richiede autorizzazione all'esercizio.

2.

Nota (1): Il direttore/Responsabile sanitario, in conformità a quanto previsto nella L.8 del 28.05.04 all'art.13 comma 7 non deve coincidere con la qualità di proprietario comproprietario o socio azionista fatta eccezione per le strutture monospecialistiche residenziali, semi residenziali e per le strutture ambulatoriali.

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI CUI ALLA L.R.
N°8 DEL 28.05.04

- STRUTTURE DI CUI ALL'ART.5 LETTERA a) PUNTO 2) -

Al Comune _____

A

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Codice fiscale _____ Telefono _____

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____

Partita IVA _____ con sede in _____

Via _____ n° _____

C

CHIEDE, in relazione alla struttura denominata (1) _____

sita nel Comune _____ alla via _____

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio sanitaria) per :

(2) Codice

Disciplina

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

1. che la struttura è stata realizzata in conformità al progetto per il quale è stata rilasciata autorizzazione alla realizzazione (1)

- di una nuova struttura destinata alla erogazione di prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale
- l'ampliamento
- per la trasformazione
- per la trasferimento

con atto n° _____ del Comune di _____ in data _____ ed
eventuale parere di compatibilità positivo rilasciato dal Dirigente del settore sanità con atto n° _____
del _____

2. che la struttura:

- rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro
- è in possesso dei requisiti minimi in conformità a quanto richiesto dal Regolamento n° _____ del _____
- che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al dott. _____
nato il _____ Laureato in _____ presso la
Università degli studi di _____ il _____ specialista in

iscritto presso l'Ordine dei _____ della provincia
di _____.

Data _____

Firma del titolare o legale Rappresentante _____

Istruzioni per la compilazione del Modello AutEserc2

La domanda di autorizzazione all'esercizio va presentata congiuntamente alla concessione o autorizzazione edilizia, certificato di agibilità, copia del diploma di laurea del Responsabile sanitario, certificato di prevenzione incendi nonché copia della verifica di compatibilità e relativo atto di autorizzazione alla realizzazione.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota (1) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA, SRL,)

Nota (2) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare con il relativo codice così come indicato nel DM 22.7.1996

1.Nota(1): Si chiede di contrassegnare la tipologia di autorizzazione alla realizzazione di cui si è in possesso in relazione alla cui fattispecie si richiede autorizzazione all'esercizio.

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

1. che la struttura:

- rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro
- è in possesso dei requisiti minimi in conformità a quanto richiesto dal Regolamento n° _____ del _____
- che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al dott. _____

nato il _____ Laureato in _____ presso la
Università degli studi di _____ il _____ specialista in

_____ iscritto presso l'Ordine dei _____ della provincia
di _____.

Data _____

Firma del titolare o legale Rappresentante _____

Istruzioni per la compilazione del Modello AutEserc3

La domanda di autorizzazione all'esercizio va presentata congiuntamente alla concessione o autorizzazione edilizia, certificato di agibilità, copia del diploma di laurea del Responsabile sanitario, certificato di prevenzione incendi.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota (1) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA,SRL, ...)

Nota (2) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare con il relativo codice così come indicato nel Decreto _____

DOMANDA PER **L'ACCREDITAMENTO** DI STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE OPERANTI:

→ **IN REGIME DI TRANSITORIO ACCREDITAMENTO** AI SENSI DELLA LEGGE 724/94

→ **GIÀ AUTORIZZATE ALL'ESERCIZIO** ALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA L.R. 8 DEL 28.05.04

Alla Regione _____

A

Il/la sottoscritto/a _____	
Nato/a a _____	Prov. di _____ il _____
Residente a _____	Via _____ n° _____
CAP _____	Codice fiscale _____ Telefono _____

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____	con sede in _____
Via _____	n° _____

CHIEDE il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale dell'attività sanitaria (o socio sanitaria) per la struttura

C

Denominata(2) _____	
struttura	<input type="checkbox"/> a ciclo continuativo
	<input type="checkbox"/> a ciclo diurno
(3)Tipologia:	<input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> medico-chirurgica <input type="checkbox"/> polispécialistica
	<input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica
struttura	<input type="checkbox"/> residenziale
	<input type="checkbox"/> semiresidenziale
struttura ambulatoriale	
(4)Tipologia:	<input type="checkbox"/> polispécialistica <input type="checkbox"/> monospécialistica
Con dotazione di n° _____ posti letto	

C

Codice (5)	Disciplina	P.L.(6)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

1. che la struttura è:

- autorizzata all'esercizio delle attività sanitarie con atto n° _____ del _____ rilasciata (1)
- dalla Regione Puglia dal Comune di _____

2. che la struttura 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 dal Regolamento n° _____ del _____

3. che la struttura (1):

- è in possesso dei requisiti ulteriori in conformità a quanto richiesto dal Regolamento n° _____ del _____ ;
- si impegna alla realizzazione dei requisiti di cui al punto precedente nei termini così come fissati nella L.R. 8/04 art.24 c.11.
- di accettare le condizioni di cui all'art. 21 della L.R.8/04, in particolare:
- a) Di accettare il sistema di pagamento a prestazione nel rispetto del volume massimo di prestazioni e del corrispondente corrispettivo fissato a livello regionale e di singole Unità sanitarie locali e dei criteri fissati dalla Regione a norma dell'articolo 8-quinquies, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 502/92 e s.m., ai fini della stipula dei contratti;
 - b) Di impegnarsi a garantire programmi interni di verifica e di promozione della qualità dell'assistenza;
- di essere consapevole che a norma dell'art.8 quater comma 2 del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli Enti del Sistema Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art.8 quinquies del succitato decreto legislativo

4. che la direzione sanitaria/responsabilità (1) è affidata al dott. _____

nato il _____ Laureato in _____ presso la

Università degli studi di _____ il _____ specialista in

_____ iscritto presso l'Ordine dei _____ della provincia

di _____.

Data _____

Firma del titolare o legale Rappresentante _____

Istruzioni per la compilazione del Modello AccrIstit

La domanda di accreditamento va presentata congiuntamente alla concessione o autorizzazione edilizia, certificato di agibilità, copia del diploma di laurea del Responsabile sanitario, certificato di prevenzione incendi nonché copia della verifica di compatibilità e relativo atto di autorizzazione alla realizzazione ed autorizzazione all'esercizio.

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota(1) Segnare con una crocetta solo la struttura di interesse individuata, tralasciando gli altri campi esistenti.

Nota (2) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA,SRL,)

Nota (3) Nota (2) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione facendo riferimento al DPCM 27/06/1996 articolo 3.

Nota (4) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione.

Nota (5) (2) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere). Nel caso di strutture senza posti letto fare riferimento al codice del relativo DM 22.7.1996 (Discipline ambulatoriali).

Nota (6) Da compilare a carico delle strutture dotate di posti letto. Per gli ambulatori barrare il campo.

1.

Nota(1): Deve essere inteso l'ultimo provvedimento autorizzativo se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali bisogna allegare, alla presente domanda, un elenco contenente gli estremi degli atti autorizzativi di ciascuna attività erogata.

3.

Nota (1): contrassegnare una sola delle due la fattispecie specificate.

4.

Nota (1): Il direttore/Responsabile sanitario, in conformità a quanto previsto nella L.8 del 28.05.04 all'art.13 comma 7 non deve coincidere con la qualità di proprietario comproprietario o socio azionista fatta eccezione per le strutture monospécialistiche residenziali, semi residenziali e per le strutture ambulatoriali.

DOMANDA PER **L'ACCREDITAMENTO PROVVISORIO** DI NUOVE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE

Alla Regione _____

A

Il/la sottoscritto/a _____	
Nato/a a _____	Prov. di _____ il _____
Residente a _____	Via _____ n° _____
CAP _____	Codice fiscale _____ Telefono _____

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____	con sede in _____
Via _____	n° _____

CHIEDE il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale provvisorio dell'attività sanitaria (o socio sanitaria) della struttura

C

Denominata(2) _____	
struttura	<input type="checkbox"/> a ciclo continuativo
	<input type="checkbox"/> a ciclo diurno
(3)Tipologia: <input type="checkbox"/> medica	<input type="checkbox"/> polispécialistica
<input type="checkbox"/> monospécialistica	<input type="checkbox"/> chirurgica
	<input type="checkbox"/> polispécialistica
	<input type="checkbox"/> monospécialistica
	<input type="checkbox"/> medico-chirurgica
	<input type="checkbox"/> polispécialistica
	<input type="checkbox"/> monospécialistica
struttura	<input type="checkbox"/> residenziale
	<input type="checkbox"/> semiresidenziale
struttura ambulatoriale	
(4)Tipologia:	<input type="checkbox"/> polispécialistica
	<input type="checkbox"/> monospécialistica
Con dotazione di n° _____ posti letto	

Codice (5)	Disciplina	P.L.(6)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

1. che la struttura è stata realizzata in conformità al progetto sulla base del quale è stata rilasciata autorizzazione alla realizzazione

(1)

- per nuova struttura destinata alla erogazione di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno
- per nuova struttura destinata alla erogazione di prestazioni in regime residenziale e semi residenziale non ospedaliero, a ciclo continuativo e/o diurno.
- di centri residenziali per cure palliative (hospice)
- di stabilimenti termali
- di una nuova struttura destinata alla erogazione di prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale
- l'ampliamento
- per la trasformazione
- per la trasferimento

con atto n° _____ del Comune di _____ in data _____
 previo parere di compatibilità positivo rilasciato dal Dirigente del settore sanità con atto n° _____ del _____

2. (1)

- che la struttura 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 dal Regolamento n° _____ del _____ e di essere in possesso di autorizzazione all'esercizio n° _____ del _____ rilasciata (2) dalla Regione dal Comune di _____

3. che la struttura:

è in possesso dei requisiti ulteriori in conformità a quanto richiesto dal Regolamento n° _____ del _____

di accettare le condizioni di cui all'art. 21 della L.R.8/04, in particolare:

- a) Di accettare il sistema di pagamento a prestazione nel rispetto del volume massimo di prestazioni e del corrispondente corrispettivo fissato a livello regionale e di singole Unità sanitarie locali e dei criteri fissati dalla Regione a norma dell'articolo 8-quinquies, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 502/92 e s.m., ai fini della stipula dei contratti;
- b) Di impegnarsi a garantire programmi interni di verifica e di promozione della qualità dell'assistenza;

di essere consapevole che a norma dell'art.8 quater comma 2 del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli Enti del Sistema Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art.8 quinquies del succitato decreto legislativo

4. che la direzione sanitaria/responsabilità (1) è affidata al dott. _____

nato il _____ Laureato in _____ presso la
Università degli studi di _____ il _____ specialista in

_____ iscritto presso l'Ordine dei _____ della provincia
di _____.

Data _____

Firma del titolare o legale Rappresentante _____

Istruzioni per la compilazione del Modello Accrlstit

La domanda di accreditamento va presentata congiuntamente alla concessione o autorizzazione edilizia, certificato di agibilità, copia del diploma di laurea del Responsabile sanitario, certificato di prevenzione incendi nonché copia della verifica di compatibilità e relativo atto di autorizzazione alla realizzazione ed autorizzazione all'esercizio.

Qualora la struttura inoltri richiesta di autorizzazione all'esercizio e richiesta di accreditamento contestualmente, si dovrà allegare alla presente domanda, il relativo modulo di richiesta di autorizzazione all'esercizio adeguato alla tipologia di struttura per la quale si intende chiedere l'autorizzazione (AutEser1 o AutEser2 o AutEser3) adeguatamente compilato. Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio è propedeutico e blocca il passaggio alla fase successiva di analisi della richiesta di accreditamento

La stessa deve essere prodotta in due copie

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota(1) Segnare con una crocetta solo la struttura di interesse individuata, tralasciando gli altri campi esistenti.

Nota (2) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA, SRL, ...)

Nota (3) Nota (2) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione facendo riferimento al DPCM 27/06/1996 articolo 3.

Nota (4) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione.

Nota (5) (2) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere). Nel caso di strutture senza posti letto fare riferimento al codice del relativo DM 22.7.1996 (Discipline ambulatoriali).

Nota (6) Da compilare a carico delle strutture dotate di posti letto. Per gli ambulatori barrare il campo.

1.

Nota(1): Si chiede di contrassegnare la tipologia di autorizzazione alla realizzazione di cui si è in possesso, in relazione alla cui fattispecie si richiede autorizzazione all'esercizio e/o accreditamento provvisorio. Qualora la struttura non preveda autorizzazione alla realizzazione passare direttamente al punto **2**.

2.

Nota (1): Deve essere inteso l'ultimo provvedimento autorizzativo se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali bisogna allegare, alla presente domanda, un elenco contenente gli estremi degli atti autorizzativi di ciascuna attività erogata.

4.

Nota (1): Il direttore/Responsabile sanitario, in conformità a quanto previsto nella L.8 del 28.05.04 all'art.13 comma 7 non deve coincidere con la qualità di proprietario comproprietario o socio azionista fatta eccezione per le strutture monospécialistiche residenziali, semi residenziali e per le strutture ambulatoriali

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL

TRASFERIMENTO TEMPORANEO

DI UNA STRUTTURA ACCREDITATA O AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO, DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI
SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

All'Azienda Unità Sanitaria Locale _____

A

Il/la sottoscritto/a _____	
Nato/a a _____	Prov. di _____ il _____
Residente a _____	Via _____ n° _____
CAP _____	Codice fiscale _____ Telefono _____

B

In qualità di legale rappresentante Società /Ente/Azienda _____	
Partita IVA _____	con sede in _____
Via _____	n° _____

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento temporaneo nel Comune di _____ alla
via _____
delle struttura sanitaria e/o socio sanitaria accreditata, attualmente ubicata nel Comune di _____ alla
via _____
insistente su area territoriale della medesima AUSL _____ per necessità connesse alla realizzazione di interventi
strutturali finalizzati ad adeguare e/o mantenere i requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla normativa vigente.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, **DICHIARA** che la
struttura:

C

Denominata(2) _____	
struttura <input type="checkbox"/> a ciclo continuativo	
<input type="checkbox"/> a ciclo diurno	
(3) Tipologia: <input type="checkbox"/> polispecialistica <input type="checkbox"/> polispecialistica <input type="checkbox"/> polispecialistica	
<input type="checkbox"/> medica <input type="checkbox"/> chirurgica <input type="checkbox"/> medico-chirurgica	
<input type="checkbox"/> monospecialistica <input type="checkbox"/> monospecialistica <input type="checkbox"/> monospecialistica	
struttura <input type="checkbox"/> residenziale	
<input type="checkbox"/> semiresidenziale	
struttura ambulatoriale	
(4) Tipologia: <input type="checkbox"/> polispecialistica <input type="checkbox"/> monospecialistica	
Con dotazione di n° _____ posti letto	

C

Codice (5)	Disciplina	P.L.(6)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

per le quali attività è autorizzata con atto (7) n° _____ del _____

per la quali attività è accreditata con atto n° _____ del _____

1.DICHIARA, altresì, quanto segue:

Le funzioni che saranno trasferite sono tutte quelle specificate nel riquadro **C**

Le funzioni che saranno trasferite sono solo le seguenti (1):

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____

Il trasferimento avverrà in data _____ e la durata prevista del trasferimento è di _____

I locali ove saranno temporaneamente trasferite le attività sono conformi alla normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro.

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione al trasferimento sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento n° _____ del _____.

Data _____

Firma _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AutTrasfTemp

La domanda di autorizzazione al trasferimento temporaneo di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria per necessità connesse alla realizzazione di interventi strutturali finalizzati ad adeguare e/o mantenere i requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla normativa vigente va presentata, **pena la nullità**, congiuntamente a piantina in scala 1:100 dei locali, contenente la descrizione della destinazione dei singoli locali che si intendono utilizzare.

Il riquadro **A** deve essere 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

Nota (1) Segnare con una crocetta solo la struttura di interesse individuata, tralasciando gli altri campi esistenti.

Nota (2) La denominazione della struttura per esteso includendo la tipologia di persona giuridica (SPA, SRL, ...)

Nota (3) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione facendo riferimento al DPCM 27/06/1996 articolo 3.

Nota (4) Specificare la tipologia di attività per la quale si intende chiedere autorizzazione alla realizzazione.

Nota (5) Specificare la/le disciplina/e che si intende/ono erogare in caso di ospedali o case di cura, con il relativo codice così come indicato nel DMS 19.3.1988 (Discipline ospedaliere). Nel caso di strutture senza posti letto fare riferimento al codice del relativo DM 22.7.1996 (Discipline ambulatoriali).

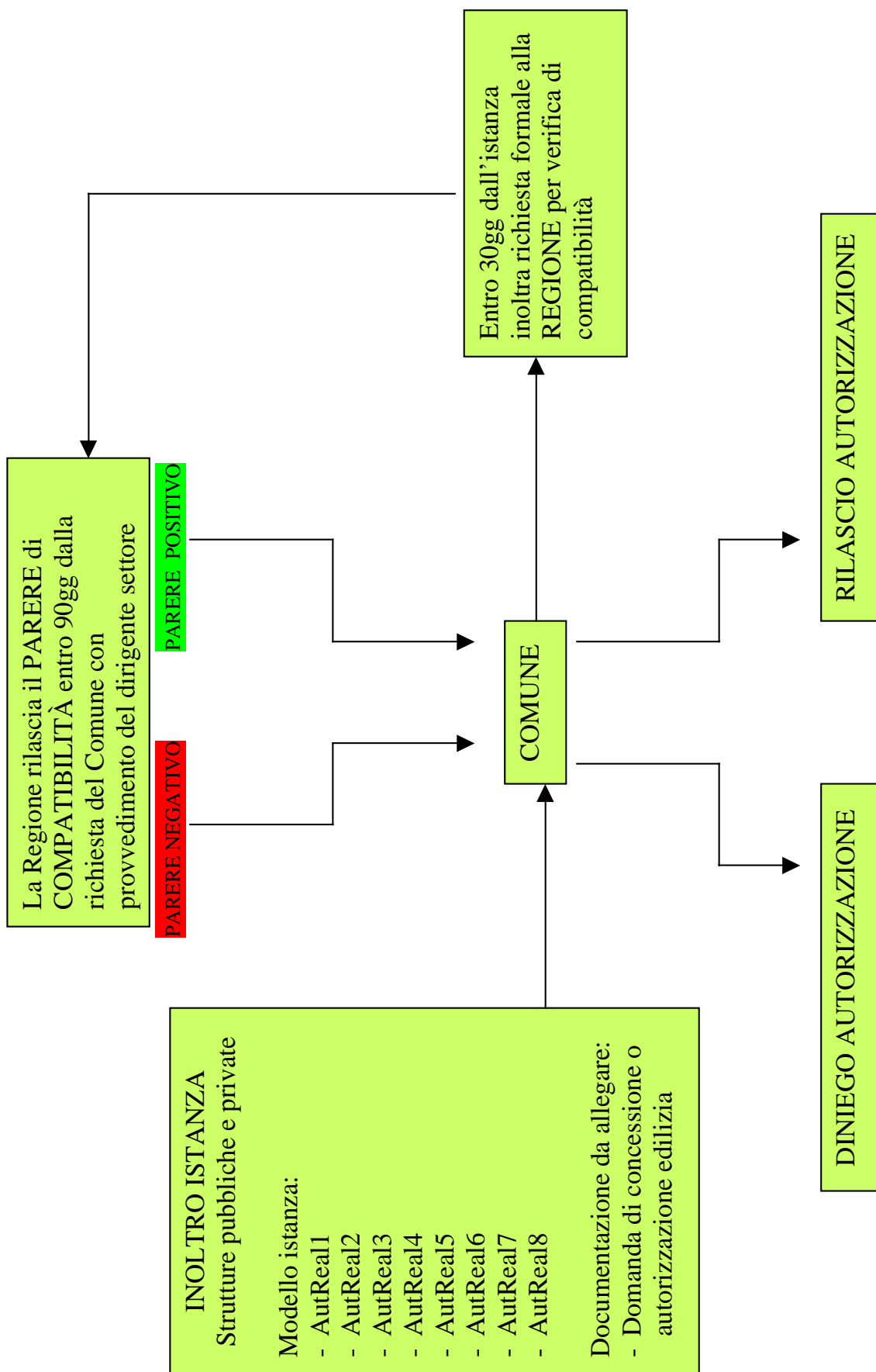
Nota (6) Da compilare a carico delle strutture dotate di posti letto. Per gli ambulatori barrare il campo

Nota (7) Deve essere inteso l'ultimo provvedimento autorizzativo se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali bisogna allegare, alla presente domanda, un elenco contenente gli estremi degli atti autorizzativi di ciascuna attività erogata.

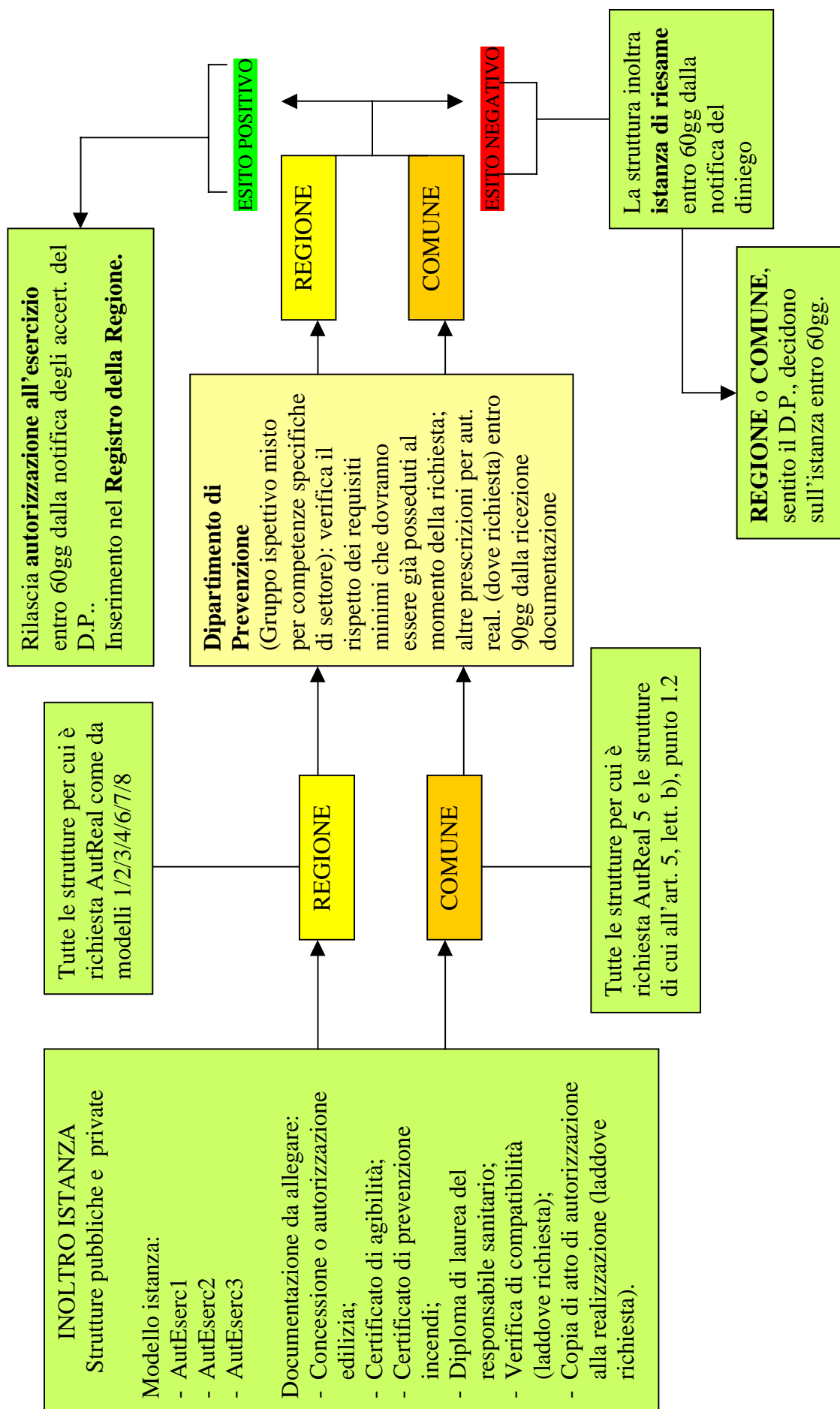
1.

Nota (1) Indicare, nell'elenco, se la funzione che si intende trasferire è accreditata o solo autorizzata.

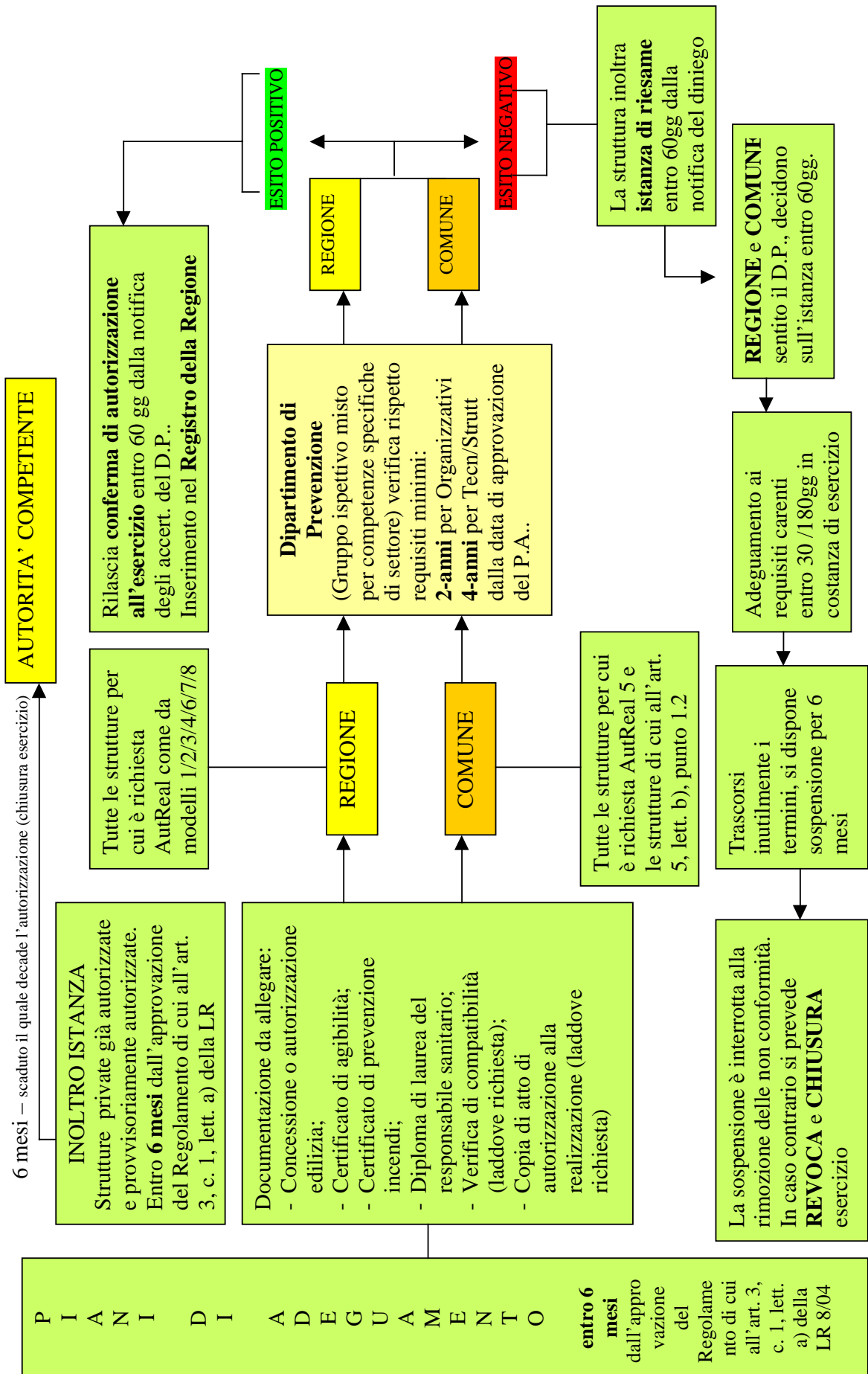
AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE



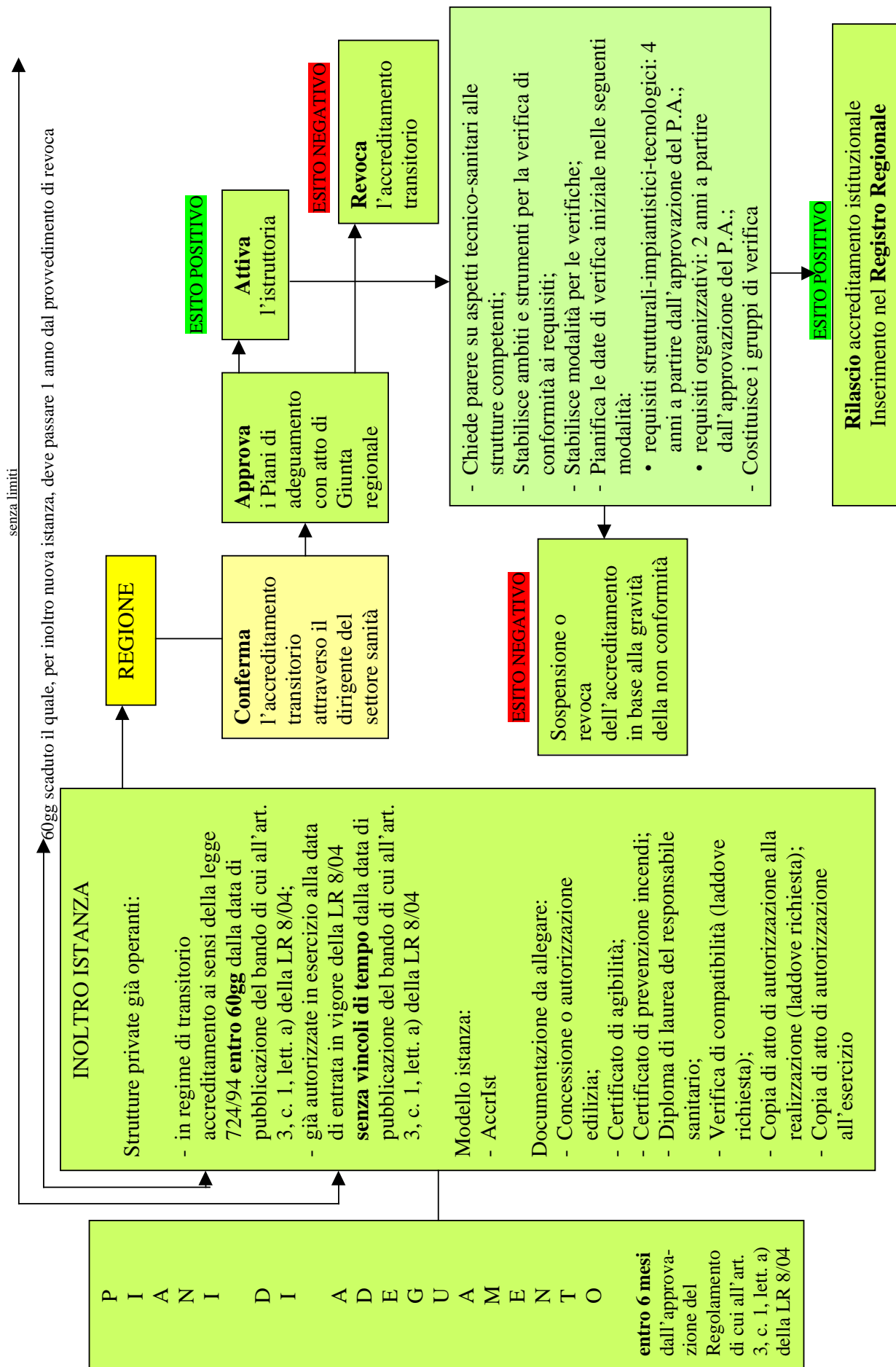
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO - (NUOVA ATTIVITA')



AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO (conferma per le strutture già operanti)



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE



ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

