ALLEGATO A - Mod. AReal.2

**DOMANDA PER L’AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER AMPLIAMENTO DI UNA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO SANITARIE**

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 alla realizzazione per ampliamento di una struttura sanitaria e/o socio sanitaria ubicata in codesto Comune, via

**C**

denominata (1) :

**già autorizzata con atto (\*) del**

**n. del**

che erogherà prestazioni aggiuntive (2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in regime (3): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con una dotazione ulteriore di (4) n: posti letto a ciclo continuativo/residenziali e di n°

p.l. a ciclo diurno/semi residenziali

Codice Disciplina P.L.

\* indicare l’ultimo provvedimento autorizzativo, se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali allegare alla presente un elenco contenente gli estremi degli ultimi atti autorizzativi.

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

**C 1**

denominata (1) :

attualmente eroga prestazioni (2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in regime (3): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con una dotazione di (4) n: \_\_\_\_\_\_posti letto a ciclo continuativo/residenziali e di n° \_\_\_\_ p.l. a ciclo diurno/semi residenziali

Codice Disciplina P.L.

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione alla realizzazione **per ampliamento** sono indicate nell’allegato progetto, redatto in conformità alle disposizionI contenute nella D.G.R. n° del e ai requisiti minimi definiti con la medesima deliberazione. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(per esteso)

**Istruzioni per la compilazione del Modello AReal.2**

La domanda di autorizzazione alla realizzazione per ampliamento 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 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 aggiuntive che si intende erogare nell’ambito di quelle individuate dalla DGR n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del

 e precisamente:

nel regime ambulatoriale extra o intraospedaliero:

1) specialistiche mediche: classe 1–2-3

2) specialistiche chirurgiche: classe 1-2-3

3) odontoiatriche

4) di medicina di laboratorio:

laboratori generali di base

laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F

laboratori specializzati: A,B, C, D, E, F

punti prelievo esterni

5) di anatomia patologica

6) di medicina trasfusionale

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:

7) di diagnostica per immagini:

8) di radioterapia

9) di medicina nucleare in vivo

10) di riabilitazione

11) di dialisi

12) di terapia iperbarica

13) centro di salute mentale

14) di consultorio familiare

15) di trattamento delle tossicodipendenze

16) centri erogatori di prestazioni di diabetologia

***Codice Disciplina Codice Disciplina***

***Area medica Area Terapia Intensive***

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 ***Area Materno Infantile***

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 ***Area Riabilitazione***

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

***Area Chirugica***

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 per il quale si richiede l’ampliamento.

**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.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura o dal suo legale rappresentante.

Questa domanda non deve essere presentata nel caso in cui si chieda l’autorizzazione per modifiche non strutturali per le quali è sufficiente la comunicazione di cui al modello AReal.5