ALLEGATO A - Mod. AReal.4

**DOMANDA PER L’AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO 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 al trasferimento **nel Comune di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della struttura sanitaria e/o socio sanitaria

ubicata nel Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C**

denominata (1) :

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

per l’erogazione di 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 richiede autorizzazione alla realizzazione **per trasferimento** 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.

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

**E**

denominata (1) :

**già autorizzata con atto (\*) del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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.

\* 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.

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

(per esteso)

**Istruzioni per la compilazione del Modello AReal.4**

La domanda di autorizzazione **alla realizzazione per** trasferimento 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. **Nel caso in cui il trasferimento viene richiesto in altro Comune, appartenente ad altro distretto della stessa ASL, copia della sola istanza va inviata, per conoscenza, al Comune da cui si richiede il trasferimento.**

**Il riquadro A**deve essere sempre compilato integralmente. **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 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 che si intende erogare a seguito di autorizzazione al trasferimento 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 :

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

1) polispecialistiche (specificare la specialità)

2) monospecialistiche (specificare la specialità)

3) di alta specializzazione (specificare il tipo)

secondo il seguente elenco:

***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 spec ialistica 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 dei quali si richiede il trasferimento.

**Il riquadro E** 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.