

**DOMANDA PER IL RILASCIO DI NUOVA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA STRUTTURA SANITARIA E/O SOCIO-SANITARIA GIA' IN ATTIVITA' ALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA D.G.R. N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_**

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 \_\_\_\_\_ della Società/Ente/Azienda \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_ con Sede in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Consapevole dell'obbligo di dover adeguare la/lo struttura/studio ai requisiti minimi individuati con la deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, entro i termini indicati dallo stesso atto (Ovvero: In possesso di tutti i requisiti minimi individuati con la citata deliberazione di G.R.);

Chiede il rilascio di nuova autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e/o socio-sanitaria

C

della struttura esistente alla data del \_\_\_\_\_,  
denominata (1) : \_\_\_\_\_  
già autorizzata con atto (\*) del \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
poi modificato con successivo atto rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_ ecc.  
che eroga prestazioni (2): \_\_\_\_\_  
in regime (3): \_\_\_\_\_  
con una dotazione di (4) n: \_\_\_\_\_ posti letto  
(\* se era dovuto

D

nello studio odontoiatrico/medico o di altra professione sanitaria, non soggetto ad autorizzazione sanitaria prima dell'entrata in vigore della DGR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Sita/o in codesto Comune, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

⇒ che la/lo struttura/studio è dotata/o dei requisiti minimi indicati nelle schede allegate alla presente istanza, redatte e sottoscritte in conformità ai relativi modelli approvati con la più volte citata D.G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

⇒ che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al dott. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ Laureato in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ specialista in \_\_\_\_\_ iscritto presso l'Ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Titolare o Legale rappresentante: \_\_\_\_\_

(per esteso)

## Istruzioni per la compilazione del Modello Aeser.2

La domanda di autorizzazione alla realizzazione per ampliamento o trasformazione di strutture sanitarie e/o socio sanitarie, per le quali non sono previste opere che richiedono il rilascio di concessione o autorizzazione edilizia, deve presentata in duplice copia, una per il Comune ed una per l'ASL.

**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 che si intende erogare a seguito di autorizzazione all'ampliamento o alla trasformazione, nell'ambito di quelle individuate dalla DGR n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e precisamente:

nel regime ambulatoriale extra o intraospedaliero:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1) specialistiche mediche: classe 1-2-3</li> <li>2) specialistiche chirurgiche: classe 1-2-3</li> <li>3) odontoiatriche</li> <li>4) di medicina di laboratorio:<br/>laboratori generali di base<br/>laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F<br/>laboratori specializzati: A,B, C, D, E, F<br/>punti prelievo esterni</li> <li>5) di anatomia patologica</li> <li>6) di medicina trasfusionale</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>7) di diagnostica per immagini:</li> <li>8) di radioterapia</li> <li>9) di medicina nucleare in vivo</li> <li>10) di riabilitazione</li> <li>11) di dialisi</li> <li>12) di terapia iperbarica</li> <li>13) centro di salute mentale</li> <li>14) di consultorio familiare</li> <li>15) di trattamento delle tossicodipendenze</li> <li>16) centri erogatori di prestazioni di diabetologia</li> </ul> |
|--|---|

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:

<i>Codice</i>	<i>Disciplina</i>	<i>Codice</i>	<i>Disciplina</i>
	<b>Area medica</b>		<b>Area Terapia Intensiva</b>
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		<b>Area Materno Infantile</b>
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		<b>Area Riabilitazione</b>
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
	<b>Area Chirurgica</b>		
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 l'ampliamento o la trasformazione.

**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.