

**DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER TRASFORMAZIONE 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 trasformazione di una struttura sanitaria e/o socio sanitaria ubicata in codesto Comune, via \_\_\_\_\_

**C**

denominata (1): \_\_\_\_\_  
 che erogherà, a seguito di trasformazione, 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.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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 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.3

La domanda di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione di una struttura sanitaria e/o socio sanitaria, di uno studio odontoiatrico, o medico, o di altra professione sanitaria ove si intendano praticare prestazioni che comportano rischio per la sicurezza del paziente, va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta:

≡ in due copie (una per il Comune ed una per la ASL)

**Il riquadro A** deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

**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 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:             <ul style="list-style-type: none"> <li>laboratori generali di base</li> <li>laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F</li> <li>laboratori specializzati: A, B, C, D, E, F</li> <li>punti prelievo esterni</li> </ul> </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 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.

Nel caso in cui si richiede il cambio d'uso in strutture sanitarie e/o socio sanitarie di strutture (edifici o parti di essi) non aventi destinazione sanitaria il riquadro C deve essere compilato integralmente; il riquadro C1 limitatamente al punto (1).

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura ( o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.

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