

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"> 1) specialistiche mediche: classe 1-2-3 2) specialistiche chirurgiche: classe 1-2-3 3) odontoiatriche 4) di medicina di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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 |
|---|---|

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> |
|---------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------------|
| | Area medica | | Area Terapia Intensiva |
| 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 Chirurgica | | |
| 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