

Modello di domanda per

# Rinnovo Autorizzazione Sanitaria

Marca da bollo € 16.00

Al Comune di Rovigo

Il sottoscritto.....  
nato a.....il.....  
residente in.....Via.....n.....  
Tel.....fax.....  
Cell.....e-mail.....  
C.F./p.IVA.....

nella sua qualità di .....  
(specificare il titolo professionale)

della .....  
(specificare ditta individuale/società/azienda)

Con sede legale in.....provincia.....  
Via.....nr.....CAP.....  
C.F./p.IVA.....  
Tel.....fax.....  
Cell.....e-mail.....

## CHIEDE

il rinnovo dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio della seguente struttura sanitaria:

.....  
(denominazione)

.....  
(indirizzo)

## DICHIARA:

- che la suddetta struttura **non ha avuto variazioni** di tipo strutturale, impiantistico, tecnologico ed organizzativo;
- che per le branche e/o attività specialistiche ricomprese nell'autorizzazione all'esercizio di cui si chiede il rinnovo, sono presenti nella struttura le relative professionalità, le attrezzature elettromedicali e i presidi medico chirurgici necessari allo svolgimento di ogni specifica attività, secondo quanto stabilito dalla D.G.R.V. n. 3148 del 09/10/2007;

### Si allega la seguente documentazione:

- **liste di verifica** (requisiti per l'autorizzazione all'esercizio) compilate nella parte relativa all'autovalutazione, datate e siglate dall'autovalutatore;
- **planimetria dei locali** in scala adeguata con l'indicazione delle altezze e loro destinazione funzionale datata e firmata dall'autovalutatore;
- **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** ai sensi dell'art. 47 del DPR n° 445/2000 – modello conforme all'allegato A alla DGRV n° 1667/2011.
- **fotocopia non autenticata** di un **valido documento di riconoscimento** del/dei richiedente/i;
- **elenco nominativo con relativa figura professionale** che opera presso la struttura, sia a livello di dipendenza che a rapporto di consulenza e/o collaborazione in possesso del prescritto titolo di studio o qualifica professionale, nonché specializzazione ove richiesta;
- dichiarazione di assunzione della direzione sanitaria da parte del medico (nel caso si tratti di ambulatorio e non di studio).
- Marca da bollo di Euro 16,00 da apporre sulla domanda di autorizzazione
- Marca da bollo di Euro 16,00 da apporre sull'autorizzazione rilasciata

Ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196, i dati di cui sopra saranno utilizzati esclusivamente a fini istruttori nell'ambito dei relativi procedimenti, conservati agli atti e non soggetti a diffusione se non nei termini del "Regolamento Comunale di Accesso agli Atti e alle Informazioni" e per la tutela dei dati personali.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione.

Data, \_\_\_\_\_

Firma (del richiedente)

---