DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE (NUOVA COSTRUZIONE, AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO) DI UNA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE O SOCIO-SANITARIE (ART. 7 L.R. 20/2000)

Al Sindaco del Comune di MACERATA Mod. AUT.1

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 _____

Consapevole che è vietata la realizzazione di strutture sanitarie o socio-sanitarie non compatibili con il fabbisogno individuato dalla Regione con gli atti di programmazione previsti dalla legge regionale n. 20 del 16 marzo 2000 o che non rispettino i requisiti minimi generali e specifici individuati ai sensi della medesima legge;

CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione:

C

di una struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) :

_____

per l'erogazione di prestazioni (2): _____

in regime (3): _____

con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

D

di uno studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

nella unità immobiliare da realizzare (o sita) in codesto Comune, via _____

_____

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto in conformità all'art. 7 della L.R. n. 20/2000 e con riferimento ai requisiti minimi approvati con la deliberazione della G.R. n. 2200/2000 e per la quale (ove dovuto) chiede il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia (di nuova edificazione o ristrutturazione o modificazione d'uso).

Data_____ Firma _____

(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello AUT.1

La domanda di autorizzazione alla realizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento di una struttura sanitaria 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 Regione) se si tratta di realizzare presidi pubblici di ogni tipo o presidi privati di alta specializzazione o presidi sanitari o socio-sanitari di ricovero, o residenziali, o semiresidenziali e per gli stabilimenti termali;

- in tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL del territorio) per le strutture ambulatoriali private, e per gli studi ove si praticano prestazioni odontoiatriche, nediche o di altre professioni sanitarie ove si eroghino prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

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 nel caso della realizzazione di una struttura indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura;
al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare così individuate:

nel regime ambulatoriale:

1) specialistiche mediche
2) specialistiche chirurgiche
3) odontoiatriche
4) diagnostiche di laboratorio (specificare se punto di prelievi)
5) diagnostiche per immagini
6) di recupero e rieducazione funzionale
7) di riabilitazione
8) di dialisi
9) di terapia iperbarica
10) di salute mentale
11) di consultorio familiare
12) di trattamento delle tossicodipendenze
13) di alta specializzazione (specificare il tipo)

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)

nel regime residenziale e semiresidenziale:

1) di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
2) di tutela della salute mentale (in particolare: Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici;
3) psichiatriche
4) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
5) residenze sanitarie medicalizzate;
6) residenze sanitarie terapeutiche;
7) residenze sanitarie riabilitative;
8) residenze sanitarie assistenziali;
9) nuclei di assistenza residenziale (N.A.R.) all'interno di strutture protette;
10) di cure palliative (hospice)

nel regime termale

1) idropiniche
2) inalatorie
3) balneoterapiche
4) fangoterapiche
5) altre

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale, termale.

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali.

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca alla realizzazione di uno studio odontoiatrico, medico o di altre professioni sanitarie ove si eroghino prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

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 AUT.4