



ALLEGATO N. 1

SCHEDA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI UNA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE O SOCIO-SANITARIE.

Al Sindaco del Comune di

Il /La sottoscritto/a

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale n. _____ Telefono n. _____

In qualità di _____ della Società, Ente, Azienda _____

Con sede in _____ Via _____

Codice fiscale n. _____

Dichiara che nella unità immobiliare per la quale chiede il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia (di nuova edificazione o ristrutturazione o modificazione d'uso) intende realizzare una struttura sanitaria (o socio-sanitaria) avente le caratteristiche sotto-indicate:

a) Struttura che eroga prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale come sotto specificata:

- Ambulatorio Medico
- Ambulatorio Chirurgico
- Ambulatorio Odontoiatrico
- Laboratorio di analisi chimico-cliniche
- Centro di diagnostiche per immagini
- Presidio di recupero e rieducazione funzionale
- Centro ambulatoriale di Riabilitazione
- Centro Dialisi
- Centro di Terapia iperbarica
- Centro di salute mentale
- Consultorio familiare



Presidio per il trattamento delle tossicodipendenze.

b) Struttura che eroga prestazioni di alta specializzazione

In regime ambulatoriale

Specificare: _____

In regime di ricovero a ciclo continuativo o diurno per acuti.

Specificare: _____

c) Struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo ospedaliero continuativo o diurno per acuti.

Ricovero a ciclo continuativo

Day hospital o Day surgery (a ciclo diurno)

d) Struttura sanitaria (o socio-sanitaria) che eroga prestazioni in regime residenziale o semi-residenziale

Presidio di riabilitazione funzionale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche o sensoriali;

Presidio per la tutela della salute mentale (Specificare se a ciclo continuativo e/o centro diurno psichiatrico e/o day hospital psichiatrico);

Struttura residenziale psichiatrica;

Struttura di riabilitazione o struttura educativo-assistenziali per tossicodipendenti;

Residenza sanitaria medicalizzata;

Residenza sanitaria terapeutica;

Residenza sanitaria riabilitativa;

Residenza sanitaria assistenziale;

Nucleo di assistenza residenziale all'interno di struttura protetta;

Centro semiresidenziale;

Centro residenziale di cure palliative (hospice);

e) Stabilimento termale:

Fanghi

Cure idropiniche

f) Studi ove si praticano prestazioni invasive

Studi odontoiatrici

Studi medico-chirurgici



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

g) Altri studi ove si praticano prestazioni invasive o a rischio:

Indicare la tipologia delle prestazioni:

Nella struttura per la quale chiede l'autorizzazione il sottoscritto intende installare le seguenti apparecchiature elettro-medicali:

Se si tratta di apparecchiature che sono fonte di radiazioni ionizzanti specificare il nominativo del responsabile delle stesse apparecchiature ed il nominativo del fisico specialista o dell'esperto qualificato cui sarà affidata l'esecuzione delle prove di accettazione, collaudo e verifica degli impianti:

Responsabile delle apparecchiature: _____

Fisico specialista o esperto qualificato: _____

La direzione sanitaria della struttura sarà affidata al dott. _____

Laureato in _____

Presso l'Università degli studi di _____

Specialista in _____

Iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____

Oppure:

Il sottoscritto si riserva di comunicare il nominativo del Direttore sanitario della struttura allorquando sarà richiesta la autorizzazione all'esercizio della struttura ai sensi dell'art. 8 della L.R. 16.03.2000 n. 20.

Data _____

Firma _____

La presente scheda dovrà essere allegata alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia, in due copie se si tratta di realizzare presidi pubblici di ogni tipo o presidi privati di cui alle precedenti lettere b) c) d) ed e). Sarà invece presentata in tre copie per la realizzazione dei presidi di cui alle lettere a), f) e g).