



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Massa Lubrense

**Ufficio destinatario**  
Ufficio SUAP



## Domanda per l'autorizzazione al trasferimento di una struttura destinata alla erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio sanitarie

*Ai sensi dell'articolo 8-bis e dell'articolo 8-ter del Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502 e della Deliberazione della Giunta Regionale 31/12/2001, n. 7301*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia				
Sede legale	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale				Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio						Provincia	Numero Iscrizione			
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)						Provincia	Numero iscrizione			
Posizione INAIL				Codice INAIL impresa						

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

--

## CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento della struttura sanitaria e/o socio sanitaria

- di una struttura sanitaria (o socio-sanitaria)
- di uno studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria

### ubicata in codesto Comune

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura			
							<input type="checkbox"/>			
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>		

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

### attualmente ubicata nel Comune di

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura			
							<input type="checkbox"/>			
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>		

### dalle seguenti caratteristiche

(da compilare solo in caso di struttura sanitaria (o socio-sanitaria))

<b>Denominazione</b>		
<b>Prestazioni erogate</b>		
<b>Regime</b>		
<b>Numero posti letto a ciclo continuativo/residenziali</b>		
<b>Numero posti letto a ciclo diurno/semi residenziali</b>		
<b>Codice</b>	<b>Disciplina</b>	<b>Posti letto</b>

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione alla realizzazione per trasferimento sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nella Deliberazione della Giunta Regionale 31/12/2001, n. 7301 e ai requisiti minimi definiti con la medesima deliberazione. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio del titolo abilitativo edilizio, se dovuta.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che il trasferimento non comporta ampliamento e trasformazione della struttura e che la struttura ha attualmente le seguenti caratteristiche

*(da compilare solo in caso di struttura sanitaria (o socio-sanitaria))*

<b>Denominazione</b>		
<b>Numero autorizzazione all'esercizio (*)</b>	<b>Data autorizzazione all'esercizio (*)</b>	<b>Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio (*)</b>
<b>Prestazioni attualmente erogate</b>		
<b>Regime</b>		
<b>Numero attuali posti letto a ciclo continuativo/residenziali</b>		
<b>Numero attuali posti letto a ciclo diurno/semi residenziali</b>		

(\*) indicare l'ultimo provvedimento autorizzativo, se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali allegare alla presente un elenco contenente gli estremi degli ultimi atti autorizzativi

*(da compilare solo in caso di studio odontoiatrico/medico o di altra professione sanitaria soggetto ad autorizzazione all'esercizio)*

<b>Numero autorizzazione all'esercizio</b>	<b>Data autorizzazione all'esercizio</b>	<b>Ente di riferimento autorizzazione all'esercizio</b>

#### referente per la pratica

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<b>Telefono cellulare</b>	<b>Telefono fisso</b>	<b>Posta elettronica ordinaria</b>	<b>Posta elettronica certificata</b>

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input checked="" type="checkbox"/>	progetto della struttura sanitaria e/o socio sanitaria
<input checked="" type="checkbox"/>	pagamento dell'imposta di bollo
<input type="checkbox"/>	ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria <i>(da allegare se previsti)</i>
<input type="checkbox"/>	ulteriori immobili oggetto del procedimento
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>
<input type="checkbox"/>	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
<input type="checkbox"/>	altri allegati <i>(specificare)</i>

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>			
<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>il dichiarante</b>	
Massa Lubrense			

Presented for non-users are per