



Amministrazione destinataria

Comune di Deliceto

Ufficio destinatario

Ufficio SUAP



## Domanda di trasferimento di titolarità dell'autorizzazione all'esercizio di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria

*Ai sensi dell'articolo 9 della Legge Regionale 02/05/2017, n. 9*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	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	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	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

--

## TRASMETTE

domanda di trasferimento di titolarità dell'autorizzazione all'esercizio di uno studio odontoiatrico, medico o di altre professioni sanitarie, attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente

### in precedenza autorizzato all'esercizio tramite

Titolo autorizzativo	Numero	Data	Ente di riferimento

### subingresso a

Denominazione/Ragione sociale		Tipologia						
Sede legale		Sede legale						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Codice fiscale			Partita IVA					
A far tempo dal giorno	A seguito di	Specificare altre cause						
Il subingresso avviene				Data fine gestione				

### Registrazione atto

- l'atto di registrazione è in corso di registrazione, pertanto allega dichiarazione da parte del notaio
- l'atto di registrazione è stato registrato

Numero atto di registrazione

Data atto di registrazione

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 nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto Legislativo 06/09/2011 n. 159 ("Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia")
- l'insussistenza delle ipotesi di decadenza previste dall'articolo 9, commi 4 e 5, della Legge Regionale 02/05/2017, n. 9
- il rispetto dei requisiti minimi previsti dalla regolamentazione o da altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva

### possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

#### Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali

- unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modulo "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")

**responsabile sanitario è**

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Possesso Partita IVA	Partita IVA	Albo o Ordine		Sezione	Regione	Provincia	Numero iscrizione		
Sede Professionale		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune								
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata		

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

- n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- dichiarazione da parte del notaio
- accettazione dell'incarico da parte del responsabile sanitario
- pagamento dell'imposta di bollo
- ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria  
*(da allegare se previsti)*
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- ricevuta di pagamento diritti sanitari  
*(da allegare se previsti)*
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati (specificare)

### 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)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Deliceto

Luogo

Data

Il dichiarante