

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL
FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA.**

Al Sindaco del Comune di

.....

Il sottoscrittonato a,
il....., C.F./P. IVA, in qualità di(titolare/
legale rappresentante) della (ditta/società/azienda), con sede legale
in..... (Pr....), Via Nr..... e Cap.....

chiede

il rilascio dell'autorizzazione ex art.1 LR. 34/98, al funzionamento delle seguenti strutture, *(la cui
ubicazione è nel territorio comunale)*:

Denominazione	indirizzo	apertura	ampliamento	trasformazione
.....
.....
.....
.....

Di ciascuna struttura è allegata **scheda di struttura** (*Modulo allegato*) indicativa della tipologia e delle
attività sanitarie prestate, del numero della precedente autorizzazione (*per le strutture oggetto di
ampliamento o trasformazione*) e delle planimetrie quotate dei locali, con l'indicazione della
destinazione d'uso dei singoli ambienti.

Il legale rappresentante

.....

data -----

allegati nr.....

N.B. (DPR 14/1/1997)

Per ampliamento si intende una variazione che comporti una delle seguenti possibilità:

- aumento nel numero di posti letto
- funzioni sanitarie aggiuntive

Per trasformazione si intende una variazione che comporti una delle seguenti possibilità:

- modifica di funzioni sanitarie autorizzate
- cambio d'uso di edifici o parti, con o senza lavori, destinati a ospitare nuove funzioni sanitarie

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Assessorato alla Sanità

ANAGRAFE DELLE STRUTTURE SANITARIE AUTORIZZATE
(art. 6, 3° e 4° comma, L.R. n. 34 del 12 ottobre 1998)

Scheda di Struttura

Denominazione Struttura _____

Ubicazione: Via _____ n. _____ Cap _____ Comune _____

Azienda USL di afferenza: _____ Cod. _____

Struttura organizzativa di riferimento: _____

Titolare: _____

Sede Legale: Via _____ n. _____ Cap _____ Comune _____

Rappresentante Legale: _____ Direttore Sanitario: _____

1 - Struttura: Pubblica: Privata:

2 - Classificazione della Struttura:

A - Erogazione prestazioni in regime di ricovero ospedaliero:

- | | |
|---|--|
| A1 - in relazione al regime di ricovero: | - continuativo e diurno
- solo diurno |
| A2 - in relazione alla destinazione funzionale: | - per acuti
- post-acuti |
| A3 - in relazione alla tipologia dell'Istituto: | - Azienda ospedaliera
- Presidio ospedaliero della USL
- Stabilimento accorpato a Presidio
- Istituto di Ric. e Cura a caratt. Scientifico
- Casa di Cura
- Ospedale Militare |

B - Erogazione prestazioni in regime di assistenza specialistica ambulatoriale:

- B1 - ambulatorio mono-specialistico
- B2 - poliambulatorio
- B3 - centro ambulatoriale di riabilitazione
- B4 - centro di diagnostica per immagini
- B5 - laboratorio di analisi chimico-cliniche

C - Erogazione prestazioni in regime:

- C1 - residenziale (a ciclo continuativo)
- C1.1 hospice
- C2 - semi-residenziale (a ciclo diurno)

3 - Funzioni svolte:

3.1 - Per le Strutture classificate in **A** al punto 2, indicare le funzioni svolte, in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno, sia per degenti che per ambulatori, riportandone la denominazione e il relativo codice (V. allegata Tabella A delle Discipline ospedaliere e Specialità cliniche - D.M. 30 gennaio 1989):

<u>Disciplina</u>	<u>Codice</u>	<u>Disciplina</u>	<u>Codice</u>
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

3.2 - Per le Strutture classificate in **B** al punto 2, indicare le funzioni svolte, riportando la denominazione della Branca specialistica di cui al Nomenclatore/tariffario (V. allegata Tabella B delle Branche Specialistiche ambulatoriali - D.M. 22 luglio 1996 e successive modifiche regionali):

<u>Branca</u>	<u>Codice</u>	<u>Branca</u>	<u>Codice</u>
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

3.3 - Per le Strutture classificate in **C** indicare la tipologia della Struttura (centro diurno, day hospital psichiatrico, gruppo appartamento, comunità terapeutica, hospice – precisando anche i p.l. per modulo) con riferimento all'utenza (disabili fisici, disabili psichici, tossicodipendenti, malati in fase avanzata, ecc.):

4 - Interrelazioni funzionali (solo per le Strutture pubbliche):

- 4.1 - con il Dipartimento delle Cure primarie (PSR)
- 4.2 - con il Dipartimento di Salute mentale
- 4.3 - con il Dipartimento di Prevenzione
- 4.4 - con il Dipartimento delle Dipendenze patologiche
- 4.5 - altro (specificare): _____

5 - Provvedimenti autorizzativi in possesso della Struttura (solo per le Strutture private):

Indicare, per ogni provvedimento, la data, gli estremi e l'oggetto dello stesso.

6 - Provvedimenti emessi dal Comune:

Indicare per ogni eventuale provvedimento, la data, gli estremi e l'oggetto dello stesso.

Il Rappresentante Legale

(data)

(firma)