PROCEDURA PER L'AUTORIZZAZIONE

Ai sensi della L.R. 11.05.2017 N. 9

PROCEDURE E MODALITA' DI RICHIESTA E DI RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI CUI ALLA L.R. 11/5/2017 n. 9 ART.3 COMMA 1 LETTERA C.

ART. 1
Ambito di applicazione

1. La presente procedura si applica per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture/attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali, pubbliche e private (di seguito denominate strutture) di cui all'art. 2 della L.R. 11.5.2017 n. 9.

ART. 2
Domanda di autorizzazione.

1. La domanda di autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui all'art.2 della L.R. 11.5.2017 n. 9 deve essere presentata dal Legale rappresentante della struttura al Comune territorialmente competente utilizzando il modello A (domanda) e presentando la documentazione di cui all'allegato A.1 (Comune) e la documentazione tecnica di cui all' allegato A.2 (A.Li.Sa.) della presente procedura.
2. Il Comune entro 10 giorni dal ricevimento della domanda di autorizzazione notifica al Legale rappresentante della struttura l'avvio di procedimento ai sensi della normativa vigente ed inoltra ad A.Li.Sa. tramite posta elettronica certificata (P.E.C.) copia dell'istanza e la documentazione tecnica di cui all'allegato A.2.
3. Il Comune valuta la documentazione di propria competenza relativa agli aspetti di cui all'All.A.1. e, qualora ritenga di sospendere il procedimento per la parte di propria competenza, lo comunica contestualmente al soggetto interessato e ad A.Li.Sa.

ART. 3
Istruttoria e accertamento dei requisiti autorizzativi.

1. A.Li.Sa., ricevuta dal Comune la domanda e la documentazione di cui all' All.A.2, valuta l'istanza potendo richiedere eventuali integrazioni documentali al Legale rappresentante della struttura, individua il Coordinatore del Gruppo di Valutazione e attiva il sopralluogo.
2. Il Gruppo di Valutazione, valutata la documentazione ricevuta da A.Li.sa. ed effettuato il sopralluogo , ne comunica l'esito ad A.Li.Sa.
3. L'esito dell'istruttoria tecnica di A.Li.Sa., comunicata al Comune, può essere:
   - favorevole;
   - negativo motivato;
   - di sospensione dei termini del procedimento con richiesta di modifiche/adeguamenti. La sospensione del procedimento è comunicata al Comune e al Legale rappresentante della struttura.

Art. 4
Composizione e Funzioni del Gruppo di Valutazione.

1. Nel Gruppo di valutazione è sempre presente il rappresentante della S.C. Igiene e Sanità Pubblica per la valutazione dei requisiti strutturali ed igienicosanitari. Inoltre il Gruppo è integrato, a seconda della tipologia della struttura da valutare, da almeno un rappresentante delle seguenti strutture complesse:
   - S.C. Assistenza Geriatrica (per le valutazione dei presidi sociosanitari per anziani).
   - S.C. Assistenza Disabili (per le valutazione dei presidi sociosanitari per disabili).
   - Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze (per le valutazione delle strutture dell'area psichiatrica e delle dipendenze).
   - S.C. Consultoriale (per le valutazione delle strutture per minori).
   - Dipartimento cure primarie ed attività distrettuali e/o Dipartimento di riabilitazione e/o Direzione medica di presidio ospedaliero, (per le valutazioni delle strutture di assistenza specialistica ambulatoriale e per le strutture di ricovero a ciclo continuativo o diurno per acuti).
   - S.C. Sanità Animale (per le valutazione delle strutture di medicina veterinaria).
2. S.C. Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (PSAL) partecipa all'istruttoria tramite la verifica delle autocertificazioni comprese nell'All. A.2 e rese dal Legale rappresentante della struttura.
3. S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, coinvolta per le strutture con preparazione e/o somministrazione pasti, partecipa all'istruttoria fornendo gli esiti dell'attività di competenza; possono essere richiesti da parte di A.Li.sa. o del Coordinatore del Gruppo di Valutazione, pareri e/o valutazioni su aspetti specifici di competenza della S.C.
4. Per l'autorizzazione di strutture di cui all'art. 2, comma 1, lettera c) e h) della L.R. 11.5.2017 n. 9, il Gruppo di Valutazione è integrato dal Direttore del Distretto Sociale competente per territorio o da un esperto in materia individuato dal Comune che rilascia l'autorizzazione.

5. A.Li.Sa. individua il **Coordinatore del Gruppo di Valutazione,** che ha le seguenti funzioni:
   a) gestisce i rapporti con A.Li.Sa.;
   b) individua, sulla base di criteri di multiprofessionalità e multidisciplinarietà, i componenti del Gruppo nell'ambito di un elenco predisposto da A.Li.Sa., al fine di una adeguata valutazione delle singole tipologie delle strutture;
   c) garantisce il rispetto dei tempi previsti per il procedimento , segnalando ad A.Li.sa. eventuali difficoltà organizzative che potrebbero impedirne il rispetto;
   d) valida gli esiti della valutazione tecnica espressa dal Gruppo di valutazione.

6. I **componenti del Gruppo di Valutazione**, che entro 3 giorni dall'assegnazione dell'incarico per l'istruttoria autorizzativa e/o per la vigilanza devono segnalare eventuali condizioni di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico stesso, svolgono le seguenti funzioni:
   a. valutazione della documentazione trasmessa da A.Li.sa.;
   b. svolgimento del sopralluogo per l'autorizzazione o per la vigilanza;
   c. redazione e sottoscrizione della valutazione tecnica, che deve essere firmata contestualmente da tutti i componenti e sottoscritta dal Coordinatore a conclusione dell'incarico.

7. La S.C. PSAL a seguito della verifica delle autocertificazioni di cui all'All. A.2 comunica al Coordinatore del Gruppo di Valutazione le eventuali carenze documentali riscontrate.

Inoltre annualmente procede alla valutazione tramite sopralluogo di almeno il 5% delle autocertificazioni rese delle strutture autorizzate, dando comunicazione dell'esito ad A.li.sa.

8. La **Segreteria del Gruppo di Valutazione**, di cui si avvale il Coordinatore e costituita da personale amministrativo della ASL di competenza, svolge le seguenti funzioni:
   a. programmazione e organizzazione, su disposizione del Coordinatore, del sopralluogo;
   b. invio, su disposizione del Coordinatore, della convocazione ai componenti del Gruppo di Valutazione individuati, indicando l'ordine del giorno della seduta e/o la data del sopralluogo;
   c. redazione dei verbali delle riunioni del Gruppo di Valutazione, che devono essere firmati contestualmente da tutti i componenti e sottoscritti dal Coordinatore a conclusione delle sedute;
   d. trasmissione degli atti del Gruppo di Valutazione ad A.Li.sa.;
   e. ulteriori adempimenti necessari per l'attività del Gruppo di Valutazione.

ART. 5
Elementi del provvedimento di Autorizzazione all'esercizio

1. I provvedimenti di autorizzazione rilasciati ai sensi della L.R. 11.5.2017 n. 9 devono riportare almeno i seguenti elementi:
   a) legale rappresentante della struttura (dati anagrafici);
   b) ragione e denominazione sociale;
   c) codice fiscale e/o partita IVA;
   d) denominazione della struttura;
   e) indirizzo della sede legale ;
   f) indirizzo della/e sede/i operativa/e;
   g) tipologia di struttura ai sensi della classificazione di cui al Manuale di autorizzazione;
   h) direttore sanitario (cognome, nome, data di nascita, titoli di laurea e di eventuale specializzazione), se previsto, o Coordinatore, nei casi previsti;
   i) in caso di struttura a regime di ricovero per acuti o residenziale il numero dei posti letto, con indicazione della loro eventuale dislocazione per piano della struttura;
   j) in caso di struttura a regime semiresidenziale, il numero di utenti.

2. A seguito della comunicazione di variazioni degli elementi rilevanti ai fini dell'autorizzazione, il Comune adotta un provvedimento aggiornato recante, comunque, tutti gli elementi di cui al comma 1.
3. Solo le modifiche afferenti alle lettere f), g), h), i), j), richiedono l'invio da parte del Comune ad A.Li.sa. della relativa documentazione per le valutazioni tecniche; mentre per le modifiche afferenti alle restanti lettere il Comune provvede ad emanare l'atto, trasmettendone copia ad A.Li.Sa.

ART. 6
VARIAZIONI

Le variazioni che necessitano di un'istanza di autorizzazione con iter di cui all'art.3 della presente procedura sono riferibili a:

- Ampliamento: si intende sia un incremento di natura edilizia (nuovo piano, locali aggiuntivi, nuovo padiglione, ecc.) sia un aumento di ricettività in termini di posti letto, numero utenti/die per le strutture semi residenziali e ferma restando la tipologia di attività precedentemente esercitata o l'attivazione di una ulteriore attività riconducibile alle tipologie di cui alla classificazione.

-Riduzione: si intende riduzione del numero dei posti letto nelle strutture residenziali o del numero utenti/die nelle strutture semi residenziali, ferma restando la tipologia di attività precedentemente esercitata.

-Trasformazione: si intende una variazione della struttura o parte di essa che comporti la modifica di funzioni già autorizzate.

-Trasferimento in altra sede operativa.

Nel caso di variazioni relative ad attività specialistiche nell'ambito di una struttura ambulatoriale polispecialistica, si richiede la presentazione di istanza allegando soltanto l'autocertificazione a firma del Legale rappresentante relativa ai titoli del nuovo personale specialistico e la Carta dei Servizi in forma aggiornata.

Altre variazioni (ad esempio variazione di singole unità di personale o sostituzione di apparecchiature già autorizzate) non necessitano di modifica del provvedimento di autorizzazione, ma solo di una comunicazione ad A.Li.Sa.

ART. 7
Vigilanza Ordinaria e Straordinaria

1. A.Li.sa. ai sensi dell'art. 14 della L.R. 11.5.2017 n. 9 svolge, senza preavviso, attività di vigilanza ordinaria almeno biennale ed attività di vigilanza straordinaria, avvalendosi del Gruppo di Valutazione e con le modalità di cui all'art. 4 di cui alla presente Procedura.
2. A.Li.sa. alla conclusione del procedimento comunica l'esito della vigilanza :
   - alle autorità competenti in caso di accertamento di carenze nel corso della vigilanza ordinaria ;
   - alle autorità richiedenti e alle autorità competenti, nel caso di vigilanza straordinaria.
4. A.Li.sa. dà atto, altresì, dell'avvenuta vigilanza all'utente che ha presentato motivata segnalazione.
5. A.li.sa. , nel caso si ravvedano gli estremi di competenza della S.C. PSAL, può richiederne la partecipazione attiva all'attività di vigilanza.
6. Nel caso di vigilanza straordinaria di strutture gestite direttamente dalle AA.SS.LL., la stessa deve essere effettuata da un Gruppo di Valutazione afferente ad altra ASL individuato da A.Li.Sa.

ART.8
Autocertificazioni

1. Le procedure relative alle autocertificazioni di cui all'art. 2 lettera e) della L.R. 11.5.2017 n. 9 saranno definite in base alle future indicazioni programmatorie.
2. I Legali rappresentanti delle strutture di cui all'art.18 comma 2 della LR 9/2017 devono presentare ad A.Li.sa. autocertificazione ai sensi del DPR n. 445/2000 relativa all'avvenuto adeguamento ai requisiti organizzativi e tecnologici fissati dal provvedimento di cui all'art.3

comma1 lettera b) . Detta autocertificazione deve essere presentata entro e non oltre 30 giorni dalla scadenza fissata dalla LR 6/2018.

ART.9
Parere preventivo

1. A.Li.Sa. rilascia, su richiesta, pareri preventivi relativi ad aspetti strutturali ed igienicosanitari per la realizzazione di nuove strutture o per la trasformazione di strutture già autorizzate.
2. Ai fini di cui al comma 1 deve essere utilizzato il modello "RICHIESTA DI PARERE PREVENTIVO" allegato alla presente procedura.

ART.10
Tariffe

1. Gli importi relativi alla procedura di autorizzazione per le parti di competenza di A.Li.Sa. e quelli relativi al rilascio di parere preventivo di cui all'art. 9 sono indicati nel tariffario di cui all'All. 2 alla presente Procedura.

MODULO A

ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE PER STRUTTURE/ATTIVITÀ SANITARIE, SOCIOSANITARIE E SOCIALI.

Marca da bollo

Signor Sindaco
Comune di……

Oggetto: Istanza di AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO ai sensi della Legge Regionale 11/05/2017 N. 9.

Il sottoscritto: ……
nato a: …… il: ……..
C.F.: ……

in qualità di Legale Rappresentante della Struttura/ Società/Azienda/Ente

……..

con sede legale
in: …… CAP: ……..
Via: …… n.: ……
Tel.: …… Fax:……..
PEC: ……
E-mail: ……..
C.F./P. IVA: ……..

C H I E D E

Per la struttura denominata:……
Sede operativa: Via/Piazza……n……..
Tipologia di struttura:……..

Il rilascio di autorizzazione per:

- ☐ **Nuovo esercizio di attività**
- ☐ **Ampliamento** si intende sia un incremento di natura edilizia (nuovo piano, locali aggiuntivi, nuovo padiglione, ecc.) sia un aumento di ricettività in termini di posti letto,

numero utenti/die per le strutture semi residenziali e ferma restando la tipologia di attività precedentemente esercitata.

- *Specificare*……
  ……

☐ **Riduzione** del numero dei posti letto, numero utenti/die per le strutture semi residenziali e ferma restando la tipologia di attività precedentemente esercitata.

- *Specificare*……

☐ **Trasformazione** si intende una variazione della struttura o parte di essa che comporti la modifica di funzioni già autorizzate.

- *Specificare*……

☐ **Trasferimento in altra sede**

☐ **Volturazione dell'autorizzazione** senza variazioni di tipo strutturale e organizzativo o di altro tipo.

Barrare solo la casella di interesse

Autorizzazioni precedenti: ……..n° ……anno…….

Data…….

Il Legale Rappresentante

(Firma e timbro)

_____

PRIVACY – Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Per ulteriori dettagli si rinvia all'informativa ex artt. 13 e 14 del sopracitato Regolamento pubblicata sul sito www.alisa.liguria.it

DATA__/____/____

Il Legale Rappresentante

(Firma e timbro)

_____

ALLEGATO A 1
Comune

ELENCO DOCUMENTAZIONE TECNICA DI COMPETENZA DEL COMUNE DA ALLEGARE ALL'ISTANZA PER L'AUTORIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIOSANTIARIE E SOCIALI DI CUI ALLA L.R. 11/05/2017 n. 9.

1. **Istanza del Legale Rappresentante .**
2. **Elenco della documentazione presentata.**
3. **numero iscrizione alla CC.II.AA in caso di società o atto costitutivo e statuto e numero iscrizione all'albo del terzo settore in caso di Associazione.**
4. **Atto costitutivo della Società, Statuto o altra documentazione amministrativa.**
5. **Requisiti soggettivi (antimafia, certificato penale e dei carichi pendenti).**
6. **Titolo di godimento dell'immobile.**
7. **Agibilita' dell'immobile (uno dei seguenti punti a seconda del caso specifico):**
   a. edifici costruiti prima del 1934 - autocertificazione
   b. edifici costruiti dopo il 1934 – estremi del decreto/certificazione di abitabilità/usabilità dell'immobile;
   c. relazione tecnica sulle caratteristiche edilizie e tipologiche dell'edificio, sullo stato di conservazione, destinazione d'uso e rispetto della normativa vigente in materia urbanistico-edilizia.
8. **Planimetria in scala 1:100** datata e firmata da tecnico abilitato, dove dovranno essere riportate le destinazioni d'uso dei locali, l'indicazione dei rapporti illuminanti e ventilanti, i prospetti e le sezioni quotate, le canne fumarie, le canne di esalazione e di aspirazione forzata, nonché la ubicazione della caldaia.
9. **Protezione antisismica:**
   a) Nuovi edifici: collaudo statico ai sensi della L. 1086/71.
   b) Ampliamenti di edifici già esistenti: collaudo statico per le parti di nuova costruzione.
   c) Edifici già esistenti soggetti a modifiche ma senza interventi strutturali: certificato di idoneità statica dell'intero edificio.
10. **Certificato di idoneità statica dell'edificio** (rilasciato da tecnico abilitato).
11. **Valutazione d'impatto e/o clima acustico** (qualora necessario).
12. **Barriere architettoniche (uno dei seguenti punti a seconda del caso specifico):**
    a. dichiarazione a firma di tecnico abilitato, attestante l'assenza di barriere architettoniche;
    b. dichiarazione a firma di tecnico abilitato in caso di opere per il superamento delle barriere architettoniche e certificazione di collaudo.
13. **Relazione attestante la rispondenza ai disposti del D.Lgs. 152/06** in materia di smaltimento dei rifiuti speciali e di quelli assimilabili agli urbani.
14. **Estremi della posizione autorizzativa inerente gli scarichi della struttura** (allaccio della fognatura e avvenuto collaudo).
15. **Documentazione relativa alla provenienza dell'acqua destinata al consumo umano e utilizzata dalla struttura.**

Nota Bene:

- **al momento della presentazione l'istanza dovrà essere completa di tutta la documentazione richiesta e della copia dell'avvenuto pagamento degli oneri.**

- **<u>nella valutazione della pratica non verrà presa in considerazione documentazione diversa da quella richiesta.</u>**

CARICHI PENALI

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....

a ..... residente in ..... Via

..... n. .....

C.A.P..... telefono ..... PEC.....

.....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

di non avere riportato condanne passate in giudicato per delitti contro il buon costume, contro le persone e contro la proprietà né di avere procedimenti penali in corso.
La presente dichiarazione è liberatoria per il Comune ai fini delle responsabilità penali rimanendo le stesse a totale carico del dichiarante.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Data, ... (Firma)

.....

NB: SOLO PER LE STRUTTURE OSPITANTI MINORI SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SOTTOSTANTE DICHIARAZIONE

- ❑ Di non aver riportato a proprio carico condanne per i reati di cui 600 bis, 600 ter, 600 quater, 600 quinqies, e 609 undecies del c.p. ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori (Dlgs. 4 marzo 2014 n. 39).

La presente dichiarazione è liberatoria per il Comune ai fini delle responsabilità penali rimanendo le stesse a totale carico del dichiarante.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Data, ... (Firma) .....

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via PEC.
La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

AGIBILITA'

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il/la sottoscritto/a .....

in qualità di legale rappresentante di ……..

…….

con sede legale in Via ……. n…….

città …….. C.A.P. ……telefono ……

avente: partita I.V.A. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

che i locali siti in …….

sede operativa dell'attività oggetto dell'istanza di autorizzazione,

- ❑ **fanno parte di un immobile costruito anteriormente al 1934**

(*)

- ❑ **sono in possesso del decreto di abitabilità n. ……. del ……..**

e che successivamente a tale data non sono stati eseguiti interventi edilizi che richiedano una nuova agibilità.

La presente dichiarazione è liberatoria per il Comune di ……..

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Data …… (Firma) .....

(*) ***indicare la voce che interessa***

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via PEC, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.
La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

ALLEGATO A.2 - A.Li.Sa.

ELENCO DOCUMENTAZIONE TECNICA DI COMPETENZA DI A.Li.Sa. DA ALLEGARE ALL'ISTANZA PER L'AUTORIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIOSANITARIE E SOCIALI DI CUI ALLA L.R. 11/05/2017 N. 9.

1. **Istanza del Legale Rappresentante**
2. **Elenco della documentazione presentata**

ASPETTI ORGANIZZATIVO –GESTIONALI GENERALI:

3. **Documento a firma del titolare/legale rappresentante, che attesti i requisiti minimi organizzativi generali:**
   a) politica, obiettivi, e attività;
   b) struttura organizzativa;
   c) gestione delle risorse umane;
   d) gestione delle risorse tecnologiche;
   e) gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
   f) sistema informativo.

PERSONALE:

4. **Elenco del personale** sanitario e non sanitario operante a qualsiasi titolo nella struttura con indicazione della tipologia del rapporto di lavoro (dipendente, volontario, collaboratore, in somministrazione o altro). Nel caso di personale in somministrazione dovrà essere indicato il fornitore di detto personale e copia del contratto con la struttura.
5. **Indicazione del numero degli operatori** suddivisa per profili professionali.
6. **Nomina** e accettazione di incarico da parte del Direttore sanitario (se previsto) o da parte del Coordinatore nel caso di strutture sociali.
7. **Autocertificazione** relativa ai titoli posseduti da parte del Direttore sanitario (se previsto) o da parte del Coordinatore nel caso di strutture sociali. Nel caso delle strutture sociosanitarie per le quali si ritiene valida, in alternativa alla specializzazione richiesta, l'esperienza lavorativa presso strutture autorizzate (come indicato nel Manuale) , il professionista deve produrre curriculum vitae in formato europeo con indicazione puntuale delle strutture autorizzate presso le quali ha prestato attività ,gli anni svolti presso le stesse con indicazione del relativo monte orario settimanale.
8. **Autocertificazione** a firma del Legale Rappresentate relativa ai titoli del personale operante nella struttura (vedi allegato "PERSONALE DELLA STRUTTURA").
9. **Carta dei servizi .**
10. **Documentazione relativa alla modalità di approvvigionamento dei farmaci e dei dispositivi sanitari.**

ASPETTI IGIENICO-SANITARI E STRUTTURALI – IMPIANTISTICI:

11. **Planimetria in scala 1:100** datata e firmata da tecnico abilitato, dove dovranno essere riportate le destinazioni d'uso dei locali, l'indicazione dei rapporti illuminanti e ventilanti, i prospetti e le sezioni quotate, le canne fumarie, le canne di esalazione e di aspirazione forzata, nonché la ubicazione della caldaia.

12. **Relazione tecnica** indicante il dimensionamento della struttura in rapporto al numero degli ospiti/utenti, l'elenco degli spazi comuni interni ed esterni, il numero totale dei servizi igienici e quello dei servizi per disabili, il numero dei bagni e/o docce assistite.
13. **Relazione tecnica circa la presenza dei requisiti microclimatici generali e** - laddove esplicitamente previsto dal Manuale di Autorizzazione - di quelli **specifici** (blocchi operatori, blocchi parto ecc.).
14. **In caso di strutture in cui sia prevista la preparazione e/o somministrazione alimenti: presentazione di copia di notifica di inizio attività ai sensi del regolamento C.E. 852/04.**
15. **Copia di contratto con lavanderia** nel caso tale servizio sia appaltato a ditta esterna**.**
16. **Copia di contratto con ditta autorizzata per lo smaltimento dei rifiuti speciali.**
17. **Elenco/inventario delle apparecchiature e attrezzature sanitarie previste**, con l'indicazione della loro collocazione nella struttura e relativa dichiarazione di conformità C.E.; presentazione di copia di contratto di manutenzione ordinaria e straordinaria.

SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO:

18. **Documentazione relativa alla sicurezza negli ambienti di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/08** (*la documentazione è necessaria solo in presenza di dipendenti o assimilati)***.**
    Devono essere compilati in ogni parte e firmati dal Datore di Lavoro gli allegati riportati di seguito.

Nota Bene:

- **al momento della presentazione l'istanza dovra' essere completa di tutta la documentazione richiesta.**
- **nella valutazione della pratica non verrà presa in considerazione documentazione diversa da quella richiesta.**
- **Alla documentazione dovrà essere allegata la ricevuta di avvenuto pagamento degli oneri di spettanza di A.Li.Sa.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a_____ (____)

via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail_____

PEC_____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nel ruolo di **Datore di Lavoro**, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera b del D.Lgs 81/08, dell'**Impresa**:

_____

relativamente alla **Struttura**: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) Valutazione dei rischi *(la sottoscrizione di questo punto è obbligatoria. Il mancato rispetto dei contenuti implica l'espressione di parere negativo):*

- ❑ *E' stata effettuata la **valutazione dei rischi** ai sensi dell'art. 17 comma 1 lettera a e dell'articolo 28 del D.Lgs 81/08.*

2) Documento di Valutazione dei Rischi *(barrare alternativamente **A**, **B** o **C**):*

- ❑ ***A**. Il **Documento di Valutazione dei Rischi**, firmato da tutte le figure previste, è provvisto della data certa _____ ai sensi dell'art. 28, comma 2 del D.Lgs 81/08.*
- ❑ ***B**. Il Documento di Valutazione dei Rischi **non** è stato ancora redatto, in applicazione di quanto previsto dall'art 28, comma 3 bis del D.Lgs 81/08 ("costituzione di nuova impresa").*
- ❑ ***C**. Il Documento di Valutazione dei Rischi **non** è stato ancora redatto, in applicazione di quanto previsto dall'art 29, comma 3 del D.Lgs 81/08 ("modifiche del processo produttivo o della organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica, della prevenzione o della protezione o a seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità" - ad esempio nuova unità locale di impresa già esistente).*

3) Affidamento di lavori, servizi e forniture *(barrare alternativamente **A** o **B**):*

- ❑ ***A**. Nell'**affidamento di lavori, servizi e forniture ad imprese appaltatrici o a lavoratori autonomi** sono rispettate le previsioni dell'art. 26 del D.Lgs 81/08.*
- ❑ ***B**. Nell'attività **non** vi sono lavori, servizi e forniture affidate ad esterni e pertanto l'articolo 26 del D.Lgs 81/08 non è applicabile.*

4) Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) *(la sottoscrizione di questo punto è obbligatoria. Il mancato rispetto dei contenuti implica l'espressione di parere negativo):*

- *E' stato designato il* ***Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione*** *(RSPP) ai sensi dell'art. 17 comma 1 lettera b del D.Lgs 81/08 nella persona di* _____
  codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
  attraverso atto di designazione datato _____
  La persona designata è in possesso dei requisiti previsti dalla legge.

5) Medico Competente *(barrare alternativamente* ***A*** *o* ***B****):*

- ***A****. E' stato nominato il* ***Medico Competente*** *ai sensi dell'art. 18 comma 1 lettera a del D.Lgs 81/08 nella persona di* _____
  codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
  con atto di nomina datato _____
  La persona nominata è in possesso dei requisiti previsti dalla legge.
- ***B****. Dalla valutazione dei rischi* ***non*** *è emersa la necessità di nominare il Medico Competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria.*

6) Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) *(barrare alternativamente* ***A*** *o* ***B****):*

- ***A****. E'/sono stato/i eletto/i o designato/i il/i* ***Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza*** *(RLS) ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs 81/08 nella/e persona/e di:*
  _____ codice fiscale
  |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
  _____ codice fiscale
  |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
  _____ codice fiscale
  |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
  _____ codice fiscale
  |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
  _____ codice fiscale
  |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
  _____ codice fiscale
  |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
  La/e persona/e eletta/e è/sono stata/e formata/e nel rispetto delle disposizioni di legge.
- ***B****.* ***Non*** *è stato eletto o designato alcun Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza. Pertanto il relativo obbligo è assolto secondo quanto stabilito dagli artt. 48 e 49 del D.Lgs 81/08.*

_____

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Data …… **Firma**

……

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è **esente dall'imposta di bollo** ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a_____ (____)

via_____n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

PEC_____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro**, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera b del D.Lgs 81/08, dell'**Impresa**:

_____

relativamente alla **Struttura**: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) Valutazione del rischio di incendio *(la sottoscrizione di questo punto è obbligatoria. Il mancato rispetto dei contenuti implica l'espressione di parere negativo):*

- ❑ *Nell'ambito della valutazione di tutti i rischi è stato* ***valutato il rischio d'incendio*** *in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs 81/08 e dal D.M. 10/03/1998 e s.m.i..*

2) Conformità della struttura alla normativa di prevenzione incendi *(barrare alternativamente* ***A, B*** *o* ***C****):*

❑ ***A.*** *Sono presenti le seguenti* ***attività soggette al controllo dei Vigili del Fuoco*** *ai sensi del D.P.R. 151/2011, allegato 1 n°:* _____

La struttura è conforme al D.P.R. 151/2011 in forza del/i seguente/i documento/i:

_____ *Valido fino alla data:* _____

_____ *Valido fino alla data:* _____

_____ *Valido fino alla data:* _____

_____ *Valido fino alla data:* _____

(Ad esempio: attività n° 68: "Strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, case di riposo per anziani con oltre 25 posti letto; Strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, di superficie complessiva superiore a 500 m2" attività n° 74: "Impianti per la produzione di calore alimentati a combustibile solido, liquido o gassoso con potenzialità superiore a 116 kW")

❑ ***B. Non è presente alcuna attività soggetta al controllo dei Vigili del Fuoco,*** *ai sensi del D.P.R. 151/2011.*

In relazione alla prevenzione incendi, la struttura è conforme a quanto previsto dal D.Lgs 81/08, dal D. M. 10/03/1998 e s.m.i. e alla regola tecnica di prevenzione incendi specifica e comunque alla normativa vigente, applicabile.

❑ ***C.*** *Situazione mista tra A e B, nella quale nella struttura sono presenti* ***contemporaneamente attività non soggette*** *ed* ***attività soggette al controllo dei Vigili del Fuoco*** *ai sensi del D.P.R. 151/2011*

(Ad esempio: strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, case di riposo per anziani fino a 25 posti letto- *attività non soggetta), e attività soggette (ad esempio attività n° 74: impianti per la produzione di calore alimentati a combustibile solido, liquido o gassoso con potenzialità superiore a 116 KW).*

C.1) ***Per le attività non soggette al controllo dei Vigili del Fuoco ai sensi del D.P.R. 151/2011 la struttura è conforme a quanto previsto dal D.Lgs 81/08, dal D. M. 10/03/1998 e s.m.i. e alla regola tecnica di prevenzione incendi specifica e comunque alla normativa vigente applicabile.***

C.2) ***Le attività soggette al controllo dei Vigili del Fuoco ai sensi del D.P.R. 151/2011, allegato 1, presenti nella struttura sono le seguenti attività n° _____***

Per questa/e attività la struttura è conforme al D.P.R. 151/2011 in forza del/i seguente/i documento/i*:*

_____ Valido fino alla data: _____

_____ Valido fino alla data: _____

_____ Valido fino alla data: _____

3) Piano di emergenza *(barrare alternativamente* ***A*** *o* ***B****):*

❑ ***A****. E stato predisposto il* ***piano di emergenza*** *come previsto dall'art. 5 del D.M. 10/03/1998 e degli articoli 43, 44, 45 e 46 del D.Lgs 81/08.*

❑ ***B****.* ***Non*** *è stato predisposto il piano di emergenza ai sensi dell'art. 5 del D.M. 10/03/1998 perché non soggetti, ma si dichiara che sono stati rispettati gli obblighi di legge in relazione alla gestione delle emergenze ed in particolare degli articoli 43, 44, 45 e 46 del D.Lgs 81/08 e dell'art. 5 del D.M. 10/03/1998 avendo predisposto le necessarie misure organizzative e gestionali da attuare in caso incendio o di emergenza in generale.*

4) *Lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di* ***prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio e, comunque, di gestione dell'emergenza*** *(la sottoscrizione di questo punto è obbligatoria. Il mancato rispetto dei contenuti implica l'espressione di parere negativo):*

❑ *Sono stati designati i* ***lavoratori incaricati*** *dell'attuazione delle misure di* ***prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio e, comunque, di gestione dell'emergenza*** *ai sensi dell'art 18 comma 1 lettera b e art. 43 comma 1 lettera b, comma 2 e comma 3 del D.Lgs 81/08 e dell' art. 6 del D.M. 10/03/1998.*

I lavoratori incaricati sono in numero sufficiente, ai sensi dell'art. 43 comma 3 del D.Lgs 81/08, a gestire in ogni momento quanto stabilito dal piano di emergenza o, se non soggetti, a gestire in ogni momento le condizioni di emergenza. Questo anche considerati la turnazione, le assenze per ferie o malattia e ogni altra possibile eventualità.

I lavoratori designati hanno accettato l'incarico e hanno ricevuto una adeguata e specifica formazione ai sensi dell'art. 37 comma 9 del D.Lgs 81/08 e dell'art. 7 del D.M. 10/03/1998.

***5)** Lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di **primo soccorso** (la sottoscrizione di questo punto è obbligatoria. Il mancato rispetto dei contenuti implica l'espressione di parere negativo):*

- *Sono stati designati i **lavoratori incaricati** dell'attuazione delle misure di **primo soccorso** ai sensi dell'art 18 comma 1 lettera b, art. 43 comma 1 lettera b, comma 2 e comma 3, art. 45 comma 1 del D.Lgs 81/08.*
  I lavoratori incaricati sono in numero sufficiente, ai sensi dell'art. 43 comma 3 del D.Lgs 81/08, a gestire in ogni momento le condizioni di emergenza in materia di primo soccorso. Questo anche considerati la turnazione, le assenze per ferie o malattia e ogni altra possibile eventualità.
  I lavoratori designati hanno accettato l'incarico e hanno ricevuto una adeguata e specifica formazione ai sensi dell'art. 37 comma 9 e art. 45 comma 2 del D.Lgs 81/08.

_____

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Data: …… **Firma**

……

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

PEC_____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro**, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera b del D.Lgs 81/08, dell'**Impresa**:

_____

relativamente alla **Struttura**: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) ***Impianti*** *rientranti nel campo di applicazione del* ***D.M. 37/2008*** *e sue modifiche ed integrazioni (la sottoscrizione di questo punto è obbligatoria. Il mancato rispetto dei contenuti implica l'espressione di parere negativo):*

- *che nel rispetto di quanto previsto dal D.M. 37/2008 e sue modifiche e integrazioni,* ***tutti gli impianti*** *rientranti nel campo di applicazione dello stesso decreto, dei quali è dotata la struttura, nella loro attuale consistenza,* ***sono provvisti di dichiarazione di conformità/rispondenza.*** *In particolare gli stessi sono dotati di dichiarazione di conformità/rispondenza anche in relazione ad eventuali modifiche, trasformazioni, ampliamenti, come da specifiche che seguono:*

Impianti di produzione, trasformazione, trasporto, distribuzione, utilizzazione dell'**energia elettrica** *(la compilazione di questo punto è obbligatoria. La mancata compilazione implica l'espressione di parere negativo):*

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

Impianti di **riscaldamento**, di **climatizzazione**, di **condizionamento** e di **refrigerazione** di qualsiasi natura o specie, comprese le **opere di evacuazione dei prodotti della combustione e delle condense,** e di **ventilazione ed aerazione dei locali** *(la compilazione di questo punto è obbligatoria se sono presenti gli impianti qui indicati. Si considereranno presenti in struttura solo gli impianti per i quali è stata indicata la dichiarazione di conformità/rispondenza):*

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

Impianti per la distribuzione e l'utilizzazione di **gas** di qualsiasi tipo, comprese le **opere di evacuazione dei prodotti della combustione e ventilazione ed aerazione dei locali** *(la compilazione di questo punto è obbligatoria se sono presenti gli impianti qui indicati. Si considereranno presenti in struttura solo gli impianti per i quali è stata indicata la dichiarazione di conformità/rispondenza):*

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

Impianti di sollevamento di persone o di cose per mezzo di **ascensori**, di **montacarichi**, di **scale mobili** e **simili** *(la compilazione di questo punto è obbligatoria se sono presenti gli impianti qui indicati. Si considereranno presenti in struttura solo gli impianti per i quali è stata indicata la dichiarazione di conformità/rispondenza o il n° di immatricolazione):*

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ relativamente a : _____

o immatricolazione n° _____ del _____ presso il Comune di: _____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ relativamente a : _____

o immatricolazione n° _____ del _____ presso il Comune di: _____

2) *Impianto di **messa a terra** – conformità al **D.P.R. 462/2001 e s.m.i.**(la sottoscrizione e la compilazione di questo punto, sono obbligatorie. La mancata sottoscrizione e compilazione implica l'espressione di parere negativo):*

- ❑ *Nel rispetto di quanto previsto dal D.P.R. 462/2001 e s.m.i. è stata effettuata la denuncia/verifica periodica o straordinaria dell'impianto di **messa a terra** per la parte di impianto elettrico che serve la struttura in oggetto. In particolare:*
- Denuncia all'INAIL effettuata il _____
- *Ultima verifica periodica o straordinaria con scadenza il _____*

***3**) Impianti di **distribuzione gas medicinali** (barrare alternativamente **A** o **B**):*

- ❑ *A. L'impianto di **distribuzione di gas medicinali** di cui è dotata la struttura è conforme alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.*
- ❑ *B. Nella struttura **non** vi sono impianti di distribuzione di gas medicinali.*

***4**) Impianti di **evacuazione gas anestetici** (barrare alternativamente **A** o **B**):*

- ❑ *A. L'impianto di **evacuazione gas anestetici** di cui è dotata la struttura è conforme alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.*
- ❑ *B. Nella struttura **non** vi sono impianti di evacuazione gas anestetici.*

_____

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Data …… **Firma**

……

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è **esente dall'imposta di bollo** ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

PEC_____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro**, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera b del D.Lgs 81/08, dell'**Impresa**:

_____

relativamente alla **Struttura**: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) Protezione dalle radiazioni ionizzanti *(barrare alternativamente **A** o **B**):*

- ❑ ***A*** *In materia di protezione dalle **radiazioni ionizzanti**, la struttura e la sua organizzazione sono conformi alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.*
- ❑ ***B****. Nella struttura **non** vi sono sorgenti di radiazioni ionizzanti per le quali siano applicabili le disposizioni suddette.*

2) Protezione dai campi elettromagnetici *(barrare alternativamente **A** o **B**):*

- ❑ ***A****. In materia di protezione dai **campi elettromagnetici** la struttura e la sua organizzazione sono conformi alle alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.*
- ❑ ***B****. Nella struttura **non** vi sono sorgenti di campi elettromagnetici per le quali siano applicabili le disposizioni suddette.*

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Firma

Data ……

……

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è **esente dall'imposta di bollo** ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

PEC_____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro**, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera b del D.Lgs 81/08, dell'**Impresa**:

_____

relativamente alla **Struttura**: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) Apparecchi elettromedicali *(barrare alternativamente **A** o **B**):*

- ❑ ***A**. Gli **apparecchi elettromedicali** utilizzati nella struttura sono tutti dotati di dichiarazione di conformità ai sensi della normativa vigente. Le procedure per la loro manutenzione e il loro utilizzo sono conformi alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.*
- ❑ ***B**. Nella struttura **non** vengono utilizzati apparecchi elettromedicali.*

2) Bombole di ossigeno medicinale *(barrare alternativamente **A** o **B**):*

- ❑ ***A**. Lo stoccaggio e le procedure di trasporto, di manipolazione e di utilizzo delle **bombole di ossigeno medicinale** sono conformi alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.*
- ❑ ***B**. Nella struttura **non** vengono utilizzate bombole di ossigeno medicinale.*

_____

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Data …… **Firma**

……

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è **esente dall'imposta di bollo** ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

PEC_____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro**, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera b del D.Lgs 81/08, dell'**Impresa**:

_____

relativamente alla **Struttura**: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Locali sotterranei o semisotterranei *(barrare alternativamente **A** o **B**):*

- ❑ ***A**. Nella struttura vi sono **locali sotterranei/semisotterranei** per i quali sono applicabili le disposizioni dell'art. 65 comma 3 del D.Lgs 81/08. Per l'utilizzo a scopo lavorativo dei suddetti locali si è in possesso della deroga rilasciata in data _____ da _____.*
  Lo stato dei luoghi, gli impianti, le lavorazioni e le destinazioni d'uso dei suddetti locali non sono mutati e sono pertanto conformi a quelli in essere al momento del rilascio della deroga.
- ❑ ***B**. Nella struttura **non** vi sono locali sotterranei o semisotterranei per i quali siano applicabili le disposizioni dell'art. 65 comma 3 del D.Lgs 81/08.*

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

Data …… **Firma**

……

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è **esente dall'imposta di bollo** ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

TITOLI PROFESSIONALI – DIRETTORE SANITARIO

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....

a ..... residente in ..... Via

..... n. .....

C.A.P..... telefono .....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli:

Diploma di Laurea in.....

conseguito presso .....il.....

Specializzazione in .. .. conseguita presso

.....il.....

Specializzazione in .. .. conseguita presso

.....il.....

di essere iscritto all'Ordine .....

al n. ..... dal.....

di accettare l'incarico presso..... in qualità di

..... dal ..... .

La presente dichiarazione è liberatoria per A.Li.Sa.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

data ..... **Firma**

.....

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via PEC. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

TITOLI PROFESSIONALI - COORDINATORE STRUTTURE SOCIALI

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....

a ..... residente in ..... Via

..... n. .....

C.A.P..... telefono .....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli:

Diploma di Laurea in.....

conseguito presso .....il.....

Altri titoli.....

di essere iscritto all'Ordine .....

al n. ..... dal.....

di accettare l'incarico presso..... in qualità di

..... dal ..... .

La presente dichiarazione è liberatoria per A.Li.Sa.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

data ..... **Firma**

.....

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via PEC. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

PERSONALE OPERANTE NELLA STRUTTURA/ATTIVITA'

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....

a ..... residente in ..... Via

..... n. .....

C.A.P..... telefono ..... PEC..... .....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in qualità di.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA che nella struttura/attività ..... opera il seguente personale:

Nominativo	**Data di nascita**	**Titolo di studio**	**Iscrizione Ordine/Albo** *(indicare n° e Provincia)*	**Estremi di eventuale riconoscimento ministeriale di titolo straniero**	**Ruolo ricoperto nella struttura**

La presente dichiarazione è liberatoria per A.Li.Sa.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione.

data ……

Firma

……

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via PEC.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Nota Bene:

- **al momento della presentazione l'istanza dovrà essere completa di tutta la documentazione richiesta.**
- **nella valutazione della pratica non verrà presa in considerazione documentazione diversa da quella richiesta.**

RICHIESTA DI PARERE PREVENTIVO

Commissario Straordinario
A.Li.Sa.
PEC: protocollo@pec.alisa.liguria.it

Il sottoscritto_____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____

tel. _____PEC_____

in qualità di _____

CHIEDE

per l'attività di:_____

_____

_____

sita in _____ Via _____

parere preventivo in merito ai requisiti strutturali ed igienico-sanitari previsti dalla vigente normativa .
Si allega la documentazione di cui ai successivi punti 1-2-3.

Firma

Data _____ _____

Documentazione da allegare**:**

1. Planimetria dei locali in scala 1:100 (con indicazione delle misure dei locali, comprese le altezze interne, le superfici, le superfici finestrate, il rapporto aeroilluminante/superficie pavimento, la destinazione d'uso dei locali), datata e firmata.
2. Dettagliata relazione di progetto, descrittiva dell'attività.
3. Ricevuta di versamento (vedere tariffario).

DIRITTI A.Li.Sa. per PROCEDURA AUTORIZZAZIONE

1. **STRUTTURE SANITARIE PER ACUTI, STRUTTURE SOCIOSANITARIE E SOCIALI (RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI)**

- fino a 300 mq.	Euro	398,00
- da 301 mq. fino a 700 mq.	Euro	683,00
- da 701 mq. fino a 1200 mq.	Euro	1138,00
- oltre 1200 mq.	Euro	1763,00

2. **STRUTTURE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE, IVI COMPRESE QUELLE RIABILITATIVE, DIAGNOSTICHE STRUMENTALI E DI LABORATORIO**

- fino a 80 mq.	Euro	114,00
- per ogni 10 mq. in più	Euro	15,00

3. **STABILIMENTI TERMALI, IDROTERAPICI O AFFINI**

   Euro 400

4. **ATTIVITÀ DI CURE DOMICILIARI**

   Euro 120

5. **MEZZO MOBILE**

   Euro 150

6. **PARERE PREVENTIVO**
   Euro 200

Per le strutture private:
Codice IBAN dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria: IT 91 G 06175 01406 000002451690
CIN: G
ABI: 06175
Numero Conto: 01406
Istituto di credito: Banca CARIGE S.p.A. - Cassa di Risparmio di Genova e Imperia
Agenzia n.6 Genova
Causale: Denominazione struttura-*Oneri di autorizzazione spettanza di Alisa*

Per le strutture Pubbliche:
Codice IBAN dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria: IT76E0100003245140300319931
CIN: E
ABI: 01000
CAB: 03245
C/C: 140300319931
Istituto: Banca d'Italia
Causale: Denominazione struttura- *Oneri di autorizzazione spettanza di Alisa*