

**COMUNICAZIONE DELLA VARIAZIONE DI REQUISITI NON STRUTTURALI DI UN PRESIDIO SANITARIO O SOCIO SANITARIO GIA' AUTORIZZATO AI SENSI DELLA L.R. 20/2000.**

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Mod. AUT.4

A

Il/la _____	sottoscritto/a
Nato/a a _____	Prov. di _____ il _____
Residente a _____	Via _____ n. _____
Codice Fiscale n: _____	Telefono n _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____
Partita IVA _____ con Sede in _____
Via _____ n _____

C

della struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) : _____
per l'erogazione di prestazioni (2): _____
in regime (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti letto (solo per gli ospedali e le strutture residenziali)

D

dello studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria
---

sita/o in codesto Comune, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comunica le seguenti variazioni, non strutturali, da apportare al provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio-sanitaria) rilasciato in data \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_ :

(specificare tenendo presente che nel caso di variazione del responsabile sanitario deve essere adottata la seguente formula):

"la direzione sanitaria/responsabilità, sarà affidata al dott. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ Laureato in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ specialista in \_\_\_\_\_ iscritto presso l'Ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Direttore sanitario \_\_\_\_\_  
(per esteso)

Firma del Legale rappresentante \_\_\_\_\_  
(per esteso)

## Istruzioni per la compilazione del Modello AUT.4

La comunicazione va presentata in caso di variazione dei seguenti dati indicati nell'atto di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria:

1. Titolarità
2. Ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una persona giuridica
3. Denominazione
4. Direttore sanitario

La stessa deve essere prodotta:

- ⇒ in due copie (una per il Comune ed una per la Regione) se si tratta dell'esercizio dell'attività di presidi pubblici di ogni tipo o presidi privati di alta specializzazione o presidi sanitari o socio-sanitari di ricovero o residenziali o semiresidenziali e per gli stabilimenti termali;
- ⇒ in tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL del territorio) se si tratta dell'esercizio dell'attività di strutture ambulatoriali private, di studi ove si praticano prestazioni odontoiatriche, mediche o di altre professioni sanitarie ove si erogano prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

**Il riquadro A** deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

**Il riquadro B** deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica;

**Il riquadro C** deve essere compilato nel caso dell'esercizio di una struttura indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura;

al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare così individuate:

nel regime ambulatoriale:

- |  |  |
|--|--|
| 1) specialistiche mediche  | 7) di riabilitazione                               |
| 2) specialistiche chirurgiche  | 8) di dialisi                                      |
| 3) odontoiatriche  | 9) di terapia iperbarica                           |
| <b>4)</b> diagnostiche di laboratorio (specificare se punto di prelievi) | 10) di salute mentale                              |
| 5) diagnostiche per immagini   | 11) di consultorio familiare                       |
| 6) di recupero e rieducazione funzionale                                 | 12) di trattamento delle tossicodipendenze         |
|  | 13) di alta specializzazione (specificare il tipo) |

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale (in particolare: Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici;
- 3) psichiatriche
- 4) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 5) residenze sanitarie medicalizzate;
- 6) residenze sanitarie terapeutiche;
- 7) residenze sanitarie riabilitative;
- 8) residenze sanitarie assistenziali;
- 9) nuclei di assistenza residenziale (N.A.R.) all'interno di strutture protette;
- 10) di cure palliative (hospice)

nel regime termale

- 1) idropiniche
- 2) inalatorie
- 3) balneoterapiche
- 4) fangoterapiche
- 5) altre

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale, termale.

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali.

**Il riquadro D** deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca alla realizzazione di uno studio odontoiatrico, medico o di altra professione sanitaria ove si erogano prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario quando la modifica riguarda la sua persona e, sempre, dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.



.....  
d) che lo studio professionale / Società sopraindicata ha la disponibilità dei locali per l'esercizio dell'attività oggetto di autorizzazione sanitaria, in quanto (barrare la casella che interessa) :

- trattasi di locali di proprietà del Titolare dello studio / Società medesima;*  
 *ha stipulato contratto di affitto dei locali in data ..... con contratto registrato presso l'Agenzia delle Entrate di Jesi il .....al n. ....*

**ALLEGA :**

- a. **Originale della autorizzazione sanitaria intestata allo studio professionale/ Società cedente**  
b. **Copia dell'atto di cessione dello studio professionale / Società ( nei casi in cui tale trasferimento venga realizzato);**  
c. **N. 2 copie planimetria dei locali;**  
d. **paragrafo manuale autorizzazione (DGR 2200/00 e smi) per il quale si subentra sottoscritto dal professionista/ legale rappresentante e direttore sanitario (n.2 originali);**  
e. **Fotocopia del documento di identità in corso di validità;**

Data, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma)

\* La presente dichiarazione può essere compilata e sottoscritta in presenza del dipendente addetto, oppure trasmessa, debitamente compilata e firmata, allegando copia fotostatica del documento di identità