

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Al Segretario Regionale Sanità e Sociale
Palazzo Molin
San Polo , 2513
30125 VENEZIA

Al Sindaco
del Comune di(..)

oppure

Oggetto: Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie e sociali.

Il sottoscritto nato a
il residente a Cap.
Via N°..... tel.....
C.F./P.I.

in qualità di

- direttore generale dell' U.L.S.S. n°..... o dell' A.O. di
- titolare di impresa individuale o di studio professionale con sede
a, Cap, Via..... n.....
tel....., fax....., e-mail.....
- legale rappresentante della (ditta/società/azienda) con sede legale
a, Cap, Via..... N. ...
tel. fax., e-mail.

CHIEDE

l'autorizzazione all'esercizio dell'attività per la seguente struttura sanitaria/socio-sanitaria/sociale (tipologia secondo classificazione riportata in Allegato n.1 del Manuale) :

.....
con sede amministrativa:

località	CAP	VIA	N.	TEL.	E MAIL

**STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA
(Presidio, Dipartimento, Unità Operativa, ecc.)**

STRUTTURA ORGANIZZATIVA	CAP	VIA	N.	TEL.	E-MAIL

Allega la seguente documentazione:

- Autorizzazione alla realizzazione della struttura
- Relazione sintetica di presentazione della struttura : missione, popolazione/bacino d'utenza, tipologia e volumi delle prestazioni, organigramma, dotazione organica, ecc.
- Planimetria dei locali, in scala adeguata, con l'indicazione funzionale dei locali e la disposizione degli arredi e della strumentazione
- Dichiarazione di assunzione della direzione sanitaria da parte del medico
- Liste di verifica (requisiti per l'autorizzazione all'esercizio) compilate nella colonna riservata all'autovalutazione
-
-

Privacy - Informativa ai sensi dell'art.13, D.lgs. n.196/2003

Ai sensi del D.lgs. n.196/2003 i dati forniti saranno trattati per le finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dalla L.R. 22/2002, compresa la creazione di archivi web, spedizioni per posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Data

Firma

.....