

**imposta di bollo di € 16 ai sensi del Dpr 642/1972**

**riportare il numero seriale .....**

PEC: protocollo.azero@pecvento.it

Al Direttore Generale  
Azienda Zero  
Passaggio Gaudenzio 1  
Padova

**STRUTTURE SANITARIE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO  
E/O DIURNO - PRIVATE**

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**

RILASCIO (NUOVA) AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

CONFERMA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

La/Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_  
p.e.c. \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante di:.....

(indicare l'esatta denominazione registrata presso la Camera di Commercio della persona giuridica)

codice fiscale/partita iva \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_  
p.e.c. \_\_\_\_\_

Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

**DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA** \_\_\_\_\_

- OSPEDALE CLASSIFICATO
- IRCCS
- PRESIDIO OSPEDALIERO
- CASA DI CURA PRIVATA

**CHIEDE**

- RILASCIO (NUOVA) AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO
- CONFERMA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

NUMERO \_\_\_\_\_ POSTI LETTO

Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Classificazione (DGR 2501/2004):

Tipo struttura	Sede operativa	Tel.	Cell.	p.e.c.	email	edificio	piano	P.L.	Liste di verifica

**STRUTTURA ACCREDITATA**

- SI DGR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- NO

**Unità di offerta attività erogata in regime di ricovero**

**Classificazione :**

Sede operativa	Area Funzione operativa	Funzione	Note	Posti letto	Posti letto Extra Regione

**RILASCIO NUOVE FUNZIONI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO**

**I Requisiti di autorizzazione all'esercizio da applicare sono:**

**DGR 2266/2016 - DGR 1732/2017**

**Inoltre va applicata quanto richiesto DGR 1892/2015**

**Unità di offerta attività erogata in regime ambulatoriale**

**Classificazione:**

Sede operativa	Codice (Branca- Disciplina)	Funzione	Note

**RILASCIO NUOVE FUNZIONI EROGATE IN REGIME AMBULATORIALE**

**I Requisiti di autorizzazione all'esercizio da applicare sono:**

**DGR 2501/2004 (requisiti specifici)**

**DGR 2266/2016 - DGR 1732/2017 (requisiti generali)**

Variazioni dei soggetti giuridici titolari delle strutture e delle strutture stesse:

Tipologia di modifica	Modifica (indicare)
<input type="checkbox"/> Modifica titolarità	
<input type="checkbox"/> Modifica ragione sociale	
<input type="checkbox"/> Modifica compagine societaria	
<input type="checkbox"/> Trasferimento sede	
<input type="checkbox"/> Variazione numero civico	
<input type="checkbox"/> Cessione quote societarie	
<input type="checkbox"/> Cessione società	
<input type="checkbox"/> Fusioni per incorporazioni	
<input type="checkbox"/> Trasformazione da associazione a fondazione	
<input type="checkbox"/> Variazioni societarie	
<input type="checkbox"/> Altro	

Indicare referente dell'istruttoria quale contatto per il presente procedimento:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

**Documentazione per il rilascio:**

**dell'autorizzazione all'esercizio / conferma autorizzazione all'esercizio**

- Copia carta identità del Legale Rappresentate;
- autorizzazione alla realizzazione art. 3 L.R. 22/2002 rilasciata dal Comune (solo in caso di nuova autorizzazione);
- Certificato di agibilità;
- Liste di verifica requisiti generali e specifici, compilate nella colonna riservata all'autovalutazione;
- Dichiarazione di assunzione della Direzione Sanitaria da parte del medico (completa di generalità e riferimento dell'iscrizione all'Albo);

- Planimetria dei locali con relativi metri quadri, riportante l'indicazione funzionale e la disposizione degli arredi e della strumentazione;
- Relazione sintetica di presentazione della struttura: missione, popolazione/bacino d'utenza, tipologia e volumi delle prestazioni, organigramma, dotazione organica, ecc.

Data

Timbro e firma  
del Legale Rappresentante