

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)
ai sensi della DGRC 28/2024

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO
art.46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Al Sindaco del Comune di

p.c **Al Direttore Generale della
Azienda Sanitaria Locale di**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _IL _____

RESIDENTE IN _____ (VIA/PIAZZA) _____

CITTÀ _____ PROV. _____

TELEFONO CELL. _____

EMAIL _____ PEC _____

CODICE FISCALE _____

CARTA D'IDENTITÀ PASSAPORTO ITALIANO PATENTE che si allega in copia

N. _____

ENTE DI RILASCIO _____

DATA DI RILASCIO _____ DATA DI SCADENZA _____

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci; ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00;
- sotto la propria responsabilità

nella sua qualità di: *(indicare la corretta ragione sociale del soggetto giuridico)*

- Legale rappresentante del soggetto giuridico di seguito individuato:
- Ragione Sociale.....
- Con Sede Legale in Via/Piazzan.....
- Comune di(.....) CAP:.....
- Forma Giuridica.....
- Partita IVA.....
- (in caso di assenza della partita IVA, indicare il Codice Fiscale dell'organizzazione

DICHIARA

- Per la struttura in oggetto, che trattasi di una organizzazione/struttura ammessa negli Elenchi A e B di cui al Decreto Dirigenziale n.554 del 22/08/2023 della Direzione Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, così come modificato e integrato con i Decreti dirigenziali n. 743 del 10/11/2023 e n. 765 del 15/11/2023.

AUTOCERTIFICA

- ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni.

che l'organizzazione privata è in possesso del provvedimento, in corso di validità, di Autorizzazione ed accreditamento per l'Assistenza Domiciliare Integrata rilasciato dall'Ambito Sociale di appartenenza ex art. 9 del Regolamento Regionale n. 4 del 07/04/2014, relativamente all' "Assistenza Domiciliare Integrata con Servizi Sanitari" di cui alla DGRC n. 107 del 23/04/2014 "Approvazione Catalogo dei Servizi di cui al Regolamento di esecuzione della L.R. 23 ottobre 2007, n. 11;

ovvero

che l'organizzazione privata è in possesso del provvedimento, in corso di validità, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della DGRC 7301/01 e/o di accreditamento ai sensi del Regolamento Regionale 22/06/2007, n. 1, per attività sanitaria di FKT ex art. 44 Legge 833/78, per riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 e per attività rientranti nella macroarea Sociosanitaria;

ovvero

che l'organizzazione privata ha svolto la gestione di servizi di assistenza domiciliare erogate nei 24 mesi, antecedenti alla DGRC 21/2023, per conto di un'Azienda Sanitaria Locale selezionata coerentemente con le indicazioni di cui al Decreto Commissariale n. 1 del 7 gennaio 2013.

COMUNICA

L'apertura di struttura adibita nella sede organizzativa/sede operativa per l'erogazione di cure domiciliari di livello base di I livello di II livello di III livello.

Denominata

- ✓ con sede *organizzativa* in

Via/Piazza..... n. int

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio mappale

- ✓ con sede *operativa* (da compilare nel caso in cui sia distinta dalla sede organizzativa) nel Comune di

Via/Piazza..... n. int

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio mappale

- ✓ Che la predetta sede è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1.AU e 1.2 AU dell'Accordo Stato Regioni n.151/2021.

N.B.: precisare le medesime informazioni anche per la sede organizzativa se non coincidente con la sede operativa

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

Si autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101. l/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici

N.B.: La presente segnalazione riguarda esclusivamente l'INIZIO ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI DI CURE DOMICILIARI e non sostituisce eventuali adempimenti previsti da altre normative (es.: SCIA per VVFF, SCIA edilizia, autorizzazione in deroga ai sensi dell'articolo 65 del D.Lgs n. 81/2008, ecc.)

Allegati obbligatori:

1. *Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;*
2. *autocertificazioni dei requisiti soggettivi di esercizio del legale rappresentante e degli altri soggetti di cui al Libro II del D.Lgs. n. 159/2011, come da moduli allegati;*
3. *Dichiarazione del possesso dei requisiti minimi strutturali indicati per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.AU 2 AU e 3AU, come da modulo allegato;*
4. *Planimetria attuale della sede organizzativa e della sede operativa (qualora non coincidenti) in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato e dal legale rappresentante; autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.*
5. *Atto relativo al titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività di cui al punto precedente;*
6. *Elenco nominativo del personale medico e delle altre professioni sanitarie, come da punto AU.3.1.2 dell'Allegato alla DGRC 21/2023 e tabella n.1 dell'Allegato alla DGRC 28_22024, firmato dal legale rappresentante, con indicazione della qualifica, del titolo di studio, del ruolo svolto, del rapporto di lavoro, del monte ore settimanale*
7. *Dichiarazioni attestante l'assenza di incompatibilità per il personale del ruolo sanitario operante a qualsiasi titolo presso la struttura*