DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURE DELLA MEDICINA DI LABORATORIO AI SENSI DELL'ART. 8 DELLA L.R. 21/2016

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____Prov._____il _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ N. _____

Codice Fiscale: _____

Tel/Cell _____ mail _____

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

☐ Legale rappresentante di una **STRUTTURA PRIVATA**
☐ Legale rappresentante di una **STRUTTURA PUBBLICA**

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale _____

Con Sede Legale in Via/Piazza _____ n. _____

Comune di _____(_____) CAP _____

Forma Giuridica _____

Partita IVA _____

PEC _____Tel/Cell _____

mail _____

CHIEDE

Il rilascio dell'**autorizzazione all'esercizio** ai sensi dell'art.9 della LR 21/2016

per la struttura che eroga prestazioni di medicina di laboratorio denominata:

_____

con sede in via/piazza _____ N. _____

di codesto Comune

Tipologia attuale della struttura

☐ laboratorio generale di base ai sensi della vigente normativa / ex laboratorio analisi (LAN) ai sensi DGR 2200/00

☐ laboratorio specializzato, specificare:
- ☐ biochimica clinica e tossicologia
- ☐ ematologia e coagulazione
- ☐ microbiologia, virologia e sieroimmunologia
- ☐ biologia molecolare
- ☐ genetica molecolare e citogenetica
- ☐ laboratorio di genetica molecolare e citogenetica (LGM)

☐ laboratorio generale di base con settori specializzati, specificare:
- ☐ biochimica clinica e tossicologia
- ☐ ematologia e coagulazione
- ☐ microbiologia, virologia e sieroimmunologia
- ☐ biologia molecolare
- ☐ genetica molecolare e citogenetica

☐ punto prelievi

COMUNICA

☐ di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla **realizzazione**, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. _____ rilasciata il _____ dal Comune/SUAP di _____

☐ di essere già in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'**esercizio**, per la quale allega copia dell'autorizzazione n. _____ rilasciata il _____ dal Comune/SUAP di _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese sia dal Legale rappresentante che dal Direttore/Responsabile Sanitario per quanto di competenza:

DICHIARA

☐ che la struttura ubicata a _____ in via _____ n. _____ distinta al Catasto Fabbricati al Foglio _____ particella _____ sub _____ è stata realizzata in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione rilasciata in data _____ prot. _____ e rispetta i requisiti minimi di cui al vigente manuale regionale;

☐ che per l'immobile di cui sopra è già stato rilasciato il certificato di agibilità/presentata la segnalazione certificata di agibilità prot. _____ del _____ ;

☐ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159;

☐ di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii. (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

che la direzione sanitaria è affidata a

Dott._____

nato a _____ il _____

Laureato in _____

presso l'Università di _____il_____

specialista in _____

iscritto presso Ordine dei _____

al _____ N _____

Provincia di _____

(ai sensi del comma 536 parte seconda della L. 145/2018 le strutture sanitarie private di cura sono tenute a dotarsi di un direttore sanitario iscritto all'albo dell'ordine territoriale competente per il luogo nel quale hanno la loro sede operativa)

che ha accettato l'incarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che:

☐ i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti; non ha

☐ in corso provvedimenti restrittivi della professione;

☐ l'assenza di situazioni di incompatibilità del Direttore sanitario di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

Data _____ Firma Legale Rappresentante _____

Data _____ Firma del Direttore Sanitario _____

Allegati obbligatori**:**

1) copia del documento di identità di tutti i dichiaranti;
2) attestazione versamento diritti di segreteria;
3) Schede del vigente Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal Legale Rappresentante e dal Direttore Sanitario in ogni pagina;
4) planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
5) autorizzazione alla realizzazione rilasciata dal SUAP/Comune e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della normativa previgente;
6) Per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 38 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.