

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO  
DELL'ATTIVITA' SANITARIA O SOCIO-SANITARIA ( Art. 4 L.R. 32/2007 )

Mod 02

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_  
e p.c.

Al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Al Direttore della Direzione Sanità Regionale  
Regione Abruzzo, Via Conte di Ruvo 74, 65127 Pescara

A

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di titolare o delegato

dello Studio Associato \_\_\_\_\_

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° \_\_\_\_\_~~

Chiede il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria ( socio-sanitaria )

C

~~nella struttura sanitaria ( socio-sanitaria ) denominata (1):~~

~~per l'erogazione di prestazioni (2) :~~

~~in regime (3): \_\_\_\_\_~~

~~con una dotazione di (4) n° \_\_\_\_\_ posti letto~~

D

di uno studio di professione sanitaria di FISIOTERAPISTA

realizzato nell'unità immobiliare sita in codesto comune in via \_\_\_\_\_

a tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- che la struttura/studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione dell'unità immobiliare;
- che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto nel manuale integrativo di cui al comma 2 dell'art. 4 della L.R. N° 32/2007;

~~che la direzione sanitaria/responsabilità è 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.~~

Si elencano i seguenti documenti allegati:

- Requisiti Minimi Strutturali e Tecnologici Generali e Specifici dello Studio Professionale sanitario di Fisioterapista
- Requisiti Minimi Organizzativi a Tutela dei Diritti dei Pazienti
- Planimetria ed eventuale contratto di locazione o comodato dei locali corredata da apposita Relazione Tecnica redatta da Ingegnere, Architetto o Geometra iscritti ai relativi Albi
- Certificazione dell'Impiantistica Elettrica e Termo-Idraulica
- Elenco delle Apparecchiature Elettromedicali con relative schede tecniche

Data \_\_\_\_\_

Firma del Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

Firma del Titolare o Rappresentante Legale \_\_\_\_\_