



Comune di Modena

Settore Politiche Sociali, Sanitarie e per l'Integrazione

MODELLO di domanda in marca da bollo
da € 16,00

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI
STRUTTURA SANITARIA**

Al Dirigente Resp.le del Settore Politiche
Sociali Sanitarie e per l'Integrazione
Via Galaverna n. 8
41123 - Modena

Il sottoscritto
nato a il
residente a
C.F./P.IVA
in qualità di.....
della (ditta individuale/società/azienda)
con sede legale in(Prov.....),
Via.....CAP
Telefono (indicare anche un cellulare)
Fax.....
e-mail

CHIEDE

ai sensi della DGR 327/2004 il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento della seguente struttura sanitaria:

.....
.....

Denominazione

.....

indirizzo

.....
Direttore Sanitario.....

ALLO SCOPO ALLEGA IN DUPLICE COPIA:

1. Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con layout delle attrezzature e degli arredi;
2. Elenco dei servizi esercitati all'interno della struttura con riferimento alle tipologie di attività per le quali sono riportati i relativi requisiti nell'allegato n. 1 della delibera n. del ;
3. Catalogo delle attività con riferimento alle discipline specialistiche ed alle relative tipologie di prestazioni;
4. Definizione dei livelli di responsabilità tecnico-organizzativa della struttura;
5. Piano aziendale con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione ai punti 3 e 4

Il sottoscritto, dichiara di avere preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale protezione dati 2016/679 sul sito: <https://www.comune.modena.it/welfare/privacy>

Il legale rappresentante

.....
data

Si allega carta d'identità valida