

**DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DI UNA STRUTTURA DESTINATA ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO-SANITARIE**

Al Comune di \_\_\_\_\_

**A**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 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 al trasferimento della struttura sanitaria e/o socio sanitaria

ubicata nel Comune, via \_\_\_\_\_

**C**

denominata (1): \_\_\_\_\_  
 per l'erogazione di prestazioni (2): \_\_\_\_\_  
 in regime (3): \_\_\_\_\_  
 con una dotazione di (4) n: \_\_\_\_\_ posti letto a ciclo continuativo/residenziali e di n° \_\_\_\_\_ p.l. a ciclo diurno/semi residenziali

Codice	Disciplina	P.L.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**D**

di uno studio odontoiatrico/medico/altra professione sanitaria  
 ubicato nel Comune di \_\_\_\_\_

Le caratteristiche degli interventi per i quali si richiedono autorizzazione alla realizzazione sono indicate nell'allegato progetto, redatto in conformità alle disposizioni contenute nella D.G.R. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e ai requisiti minimi definiti con la medesima deliberazione. Per tale realizzazione presenta separata istanza per il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia.

A tal fine dichiara, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, che la struttura:

**E**

denominata (1): \_\_\_\_\_

attualmente eroga prestazioni (2): \_\_\_\_\_

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

con una dotazione di (4) n: \_\_\_\_\_ posti letto a ciclo continuativo/residenziali e di n° \_\_\_\_ p.l. a ciclo diurno/semi residenziali

Codice	Disciplina	P.L.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso)

## Istruzioni per la compilazione del Modello AReal.4

La domanda di autorizzazione al trasferimento di una struttura sanitaria e/o socio sanitaria, di uno studio odontoiatrico, o medico, o di altra professione sanitaria ove si intendano praticare prestazioni che comportano rischio per la sicurezza del paziente, va presentata congiuntamente alla domanda di concessione o autorizzazione edilizia.

La stessa deve essere prodotta:

- ≡ in due copie (una per il Comune ed una per la ASL) nel caso in cui il trasferimento viene richiesto nell'ambito dello stesso comune. Nel caso il trasferimento sia richiesto in altro Comune della stessa ASL, una ulteriore copia della domanda va inviata, per conoscenza, al Comune dal quale si intende trasferirsi. Nel caso infine, in cui, il trasferimento sia richiesto in un Comune di altra ASL, una copia dell'istanza, va inviata, per conoscenza, anche alla ASL della quale si intende trasferirsi.

**Il riquadro A** deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

**Il riquadro B** deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica;

**Il riquadro C** deve essere compilato indicando:

- al punto (1) la denominazione della struttura;  
al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare a seguito di autorizzazione al trasferimento nell'ambito di quelle individuate dalla DGR n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e precisamente:

nel regime ambulatoriale extra o intraospedaliero:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1) specialistiche mediche: classe 1-2-3</li> <li>2) specialistiche chirurgiche: classe 1-2-3</li> <li>3) odontoiatriche</li> <li>4) di medicina di laboratorio:             <ul style="list-style-type: none"> <li>laboratori generali di base</li> <li>laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F</li> <li>laboratori specializzati: A,B, C, D, E, F</li> <li>punti prelievo esterni</li> </ul> </li> <li>5) di anatomia patologica</li> <li>6) di medicina trasfusionale</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>7) di diagnostica per immagini:</li> <li>8) di radioterapia</li> <li>9) di medicina nucleare in vivo</li> <li>10) di riabilitazione</li> <li>11) di dialisi</li> <li>12) di terapia iperbarica</li> <li>13) centro di salute mentale</li> <li>14) di consultorio familiare</li> <li>15) di trattamento delle tossicodipendenze</li> <li>16) centri erogatori di prestazioni di diabetologia</li> </ul> |
|--|---|

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)  
secondo il seguente elenco:

<i>Codice</i>	<i>Disciplina</i>	<i>Codice</i>	<i>Disciplina</i>
	<b>Area medica</b>		<b>Area Terapia Intensiva</b>
01	Allergologia	49	Rian.T.Intensiv Poliv
5	Angiologia	50	U.T.I.C.
8	Cardiologia	47	Grandi ustionati
52	Dermatologia	28	Unita' spinale
18	Ematologia		
19	Endocrinologia		<b>Area Materno Infantile</b>
19579	Diabetologia	37	Ostetricia e Ginecologia
58	Gastroenterologia	73	T.Intensiva Neonatale
21	Geriatrics	73573	T. subintensiva Neonatale
20	Immunologia	62	Neonatologia
24	Malattie infettive	39	Pediatria
25	Medicina del Lavoro	11	Chirurgia Pediatrica
26	Medicina generale	33	Neuropsichiatria Infantile
29	Nefrologia		
32	Neurologia		<b>Area Riabilitazione</b>
64	Oncologia	6060	Lungodegenza e Med. Non Specialistica
68	Pneumologia	5640	Riab.ne psichiatrica
40	Psichiatria	7575	Riab.ne specialistica Neurologica
70	Radioterapia	5668	Riab.ne Specialistica Respiratoria
71	Reumatologia	5608	Riab.ne Specialistica Cardiologica
51	Oss. Breve - Ast. Med. Chirurgica	5636	Riab.ne Specialistica Ortopedica
54	Emodialisi	5621	Riab.ne Geriatrica
	<b>Area Chirurgica</b>		
9	Chirurgia Generale		
9599	Chirurgia d' urgenza		
10	Chirurgia maxillo facciale		
12	Chirurgia plastica		
13	Chirurgia toracica		
14	Chirurgia vascolare		
7	Cardiochirurgia		
30	Neurochirurgia		
9500	Chirurgia con trapianto		
43	Urologia		
36	Ortopedia		
34	Oculistica		
38	Otorinolaringoiatria		
35	Odontostomatologia		

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione estensiva per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale:
  - centri diurni psichiatrici
  - day hospital psichiatrici;
  - strutture sanitarie psichiatriche (S.I.R.);
- 3) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 4) residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.);
- 5) di cure palliative (hospice)

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale.

al punto (4) il numero dei posti letto, riportati per singola disciplina nel caso di presidi ospedalieri, o nel caso di strutture residenziali o semiresidenziali dei quali si richiede il trasferimento.

**Il riquadro E** deve essere compilato integralmente indicando:

- al punto (1) la denominazione della struttura;
- al punto (2) la tipologia delle prestazioni già autorizzate. Per la individuazione della tipologia delle prestazioni si fa riferimento a quanto già riportato per il punto 2 del riquadro C;
- al punto (3) il regime nel quale si erogano le prestazioni già autorizzate;
- al punto (4) il numero di posti letto già autorizzati riportati per singola disciplina nel caso di presidi ospedalieri o nel caso di strutture residenziali o semiresidenziali.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura ( o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.