

<p><b>ALLEGATO E-25</b></p> <p><b>Richiesta del parere di compatibilità per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie</b></p> <p>(L.R. n. 10/2006, art. 5; L.R. n. 23/2005, art. 40 comma 2)</p>	<p><b>Si usa per:</b>  <i>Realizzazione, trasferimento, ristrutturazione, ampliamento, completamento delle seguenti tipologie di struttura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno;</li> <li>- strutture sanitarie e socio-sanitarie di tipo territoriale che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno;</li> <li>- strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale;</li> <li>- centri termali;</li> <li>- strutture residenziali integrate</li> </ul> <p><i>Il parere di compatibilità non è necessario per gli studi professionali medici, singoli o associati, e per gli studi professionali non medici (es. di fisioterapia).</i></p> <p><b>[Riservato all'ufficio SUAPE] Il presente modello comporta l'attivazione del seguente endoprocedimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strutture sanitarie: Parere regionale di compatibilità</li> <li>- Strutture sanitarie: parere di compatibilità - ASL</li> </ul> <p><b>Ed inoltre, per le sole strutture residenziali integrate (vedi quadro 2):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strutture residenziali integrate: Parere regionale di compatibilità</li> </ul>
<p><b>Tipologia di procedimento applicabile:</b> Conferenza di servizi</p>	

## 1. Dati generali dell'intervento

*Le dichiarazioni contenute in questo modello sono connesse a quelle riportate su tutti i documenti trasmessi al SUAPE relativamente alla pratica, indicati nel modello di riepilogo*

## 2. Specifiche dell'intervento

Il sottoscritto (nome e cognome)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella dichiarazione autocertificativa unica, in relazione all'intervento descritto nel mod. DUA e negli ulteriori allegati

**CHIEDE IL rilascio del parere di compatibilità per**

### 2.1 – Tipologia di struttura

<p>Indicare la tipologia di struttura</p>	<input type="checkbox"/> strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno
	<input type="checkbox"/> strutture sanitarie e socio-sanitarie di tipo territoriale che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno
	<input type="checkbox"/> strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale
	<input type="checkbox"/> centri termali
<input type="checkbox"/> strutture residenziali integrate	

Descrizione sintetica della struttura:

## 2.2 – Tipologia di intervento

Indicare la tipologia di struttura	<input type="checkbox"/> realizzazione di una nuova struttura
	<input type="checkbox"/> trasferimento di una struttura esistente
	<input type="checkbox"/> ristrutturazione di una struttura esistente
	<input type="checkbox"/> ampliamento di una struttura esistente
	<input type="checkbox"/> completamento di una struttura esistente

## 3. Allegati

<input type="checkbox"/>	Relazione nella quale siano indicati: 1. la tipologia della struttura sanitaria o socio-sanitaria; 2. il regime di erogazione delle prestazioni (ambulatoriale, di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti, di ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta); 3. in caso di erogazione di prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale, le branche specialistiche previste i codici delle prestazioni di cui al nomenclatore tariffario regionale ed i relativi volumi di attività annuali che la struttura è in grado di erogare secondo la sua capacità operativa (strutturale, tecnologica ed organizzativa); 4. in caso di erogazione di prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti, le discipline previste e, per ciascuna di queste, il numero di posti letto di degenza ordinaria e di day hospital/day surgery; 5. in caso di erogazione di prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno in strutture residenziali territoriali, l'articolazione in moduli per tipologia di utenti, con la specificazione del numero di posti letto, per le strutture a ciclo continuativo, o della capacità operativa giornaliera espressa in numero di utenti, per le strutture diurne.
<input type="checkbox"/>	Copia dell'atto costitutivo della società, se necessario
<input type="checkbox"/>	Planimetria aggiornata, in scala 1:1000, che indichi l'esatta collocazione della struttura nel territorio comunale

## 4. Note

--

## 5. Data e firma dell'interessato

Luogo e data
Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR.28 dicembre 2000, n. 445, e del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 <b>Firma dell'interessato</b>
Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →
<b>N.B.: In caso di procura speciale ai sensi dell'art. 32, comma 2 della L.R. n. 24/2016, il presente modello va sottoscritto con firma autografa dal soggetto delegante e conservato in originale dal procuratore, il quale provvederà a firmare digitalmente il modello inviato al SUAPE.</b>

N.B.: Il presente documento, sottoscritto mediante firma digitale, costituisce ad ogni effetto di legge copia originale, con l'efficacia prevista dall'art. 21 del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i..  
Esso è inviato al SUAPE esclusivamente per via telematica, non essendo prevista alcuna trasmissione di documentazione su supporto cartaceo.

Cronologia degli aggiornamenti del modello: **E25**

<b>Data</b>	<b>Modifica apportata</b>	<b>La modifica è sostanziale, e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti?</b>
03/04/2017	Modificato il frontespizio	No