

<p>ALLEGATO E-25</p> <p>Richiesta del parere di compatibilità per la realizzazione di strutture sanitarie</p> <p>(L.R. n. 10/2006, art. 5)</p>	<p>Si usa per: <i>Realizzazione, trasferimento, ristrutturazione, ampliamento, completamento delle seguenti tipologie di struttura sanitaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno; - strutture sanitarie e socio-sanitarie di tipo territoriale che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno; - strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale; - centri termali. <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>[Riservato all'ufficio SUAPE] Il presente modello comporta l'attivazione dei seguenti endoprocedimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strutture sanitarie: Parere regionale di compatibilità - Strutture sanitarie: parere di compatibilità - ASL
<p>Tipologia di procedimento applicabile: 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

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)
<input type="checkbox"/>	<i>In caso di erogazione di prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale</i> Allegato 1 , da compilare sul format disponibile nel seguente percorso SUS: https://sus.regione.sardegna.it/sus/searchprocedure/details/3434 indicando 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)
<input type="checkbox"/>	<i>In caso di erogazione di prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti in strutture ospedaliere</i> Allegato 4 , da compilare sul format disponibile nel seguente percorso SUS: https://sus.regione.sardegna.it/sus/download/92582214-ef8b-4e0a-b860-e960a1b11f5e;1.0 indicando le discipline previste e, per ciascuna di queste, il numero di posti letto di degenza ordinaria/week/day hospital/day surgery, il numero di ricoveri nell'anno precedente (o programmati per nuova apertura) e del numero di giornate di degenza/accessi anno nell'precedente (o programmate/i per nuova apertura)
<input type="checkbox"/>	<i>In caso di erogazione di prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo in strutture residenziali territoriali, non ospedaliere</i> Allegato 5 , da compilare sul format disponibile nel seguente percorso SUS: https://sus.regione.sardegna.it/sus/download/1bd396b4-34c8-4157-a2fc-5583f46f87e7;1.0 indicando la tipologia di attività, l'articolazione in moduli per tipologia di utenti, con la specificazione del numero di posti letto, del numero di ricoveri nell'anno precedente (o programmati per nuova apertura) e del numero di giornate di degenza/accessi anno nell'precedente (o programmate/i per nuova apertura)
<input type="checkbox"/>	<i>In caso di attività semiresidenziale, ambulatoriale di riabilitazione globale e centri diurni in strutture residenziali territoriali</i> Allegato 6 , da compilare sul format disponibile nel seguente percorso SUS: https://sus.regione.sardegna.it/sus/download/181520f4-d109-4dc5-8ffc-f9f38a82ee6f;1.0 indicando la tipologia di attività, l'articolazione in moduli per tipologia di utenti, con la specificazione della capacità operativa espressa in numero di accessi (pazienti)/settimana e numero totale di accessi (pazienti)/anno
<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

Firma dell'interessato

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →

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.

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**

Data	Modifica apportata	La modifica è sostanziale, e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti?
01/07/2018	Modificato il quadro 3	Sì
17/03/2018	Modificato il frontespizio e il quadro 2.1	No
03/04/2017	Modificato il frontespizio	No