

<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, adattamento, ampliamento, trasformazione, completamento delle seguenti tipologie di struttura:</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

<p>Indicare la tipologia di struttura</p>	<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"/> adattamento di una struttura esistente
	<input type="checkbox"/> ampliamento di una struttura esistente
	<input type="checkbox"/> trasformazione 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"/>	Elenco delle prestazioni da erogare (allegato 1 e/o allegato 4 e/o allegato 5 e/o allegato 6) (compilare sul format disponibile nel seguente percorso SUS: https://sus.regione.sardegna.it/sus/searchprocedure/details/3434)
<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?
28/01/2019	Modificato il frontespizio e i quadri 2.2 e 3, eliminati gli allegati 4, 5 e 6	Sì
05/10/2018	Modificato il quadro 3, aggiunti gli allegati 4, 5 e 6	No
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