*Modello di domanda da redigere su carta intestata della ASST*

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)**

**CON CONTESTUALE RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DI UNITÀ D’OFFERTA SOCIOSANITARIA**

**ai sensi della D.G.R. del 31 ottobre 2014, n. 2569 e s.m.i.**

**A Regione Lombardia**

**Direzione Generale**

**WELFARE**

**welfare@pec.regione.lombardia.it**

 **Alla ATS di ………….**

**E, p.c. Al Comune di ………..**

**IL SOTTOSCRITTO**

nome e cognome, codice fiscale, luogo e data di nascita, residenza

**in qualità di legale rappresentante del soggetto gestore**

denominazione, forma giuridica, codice fiscale, partita IVA, sede legale, recapiti (telefono, telefax, indirizzo PEC, e-mail);

**consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi**

**SEGNALA**

*specificare la sola voce di interesse:*

* messa in esercizio di nuova unità d’offerta;

riguardante la seguente tipologia di unità di offerta sociosanitaria:

* Ospedale di Comunità

denominazione unità di offerta, indirizzo completo della sede operativa e relativi recapiti telefonici, e.mail, capacità ricettiva (indicare numero posti letto).

**E NE CHIEDE CONTESTUALMENTE L’ACCREDITAMENTO**

**DICHIARA**

* che l’unità d’offerta è in possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento generali e specifici, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali previsti dal D.P.R. 14/01/1997, nonché dalla D.G.R. n. 2569 del 31/10/2014 e dalla DGR n. 1435 del 27/11/2023
* che i documenti e le certificazioni comprovanti il possesso dei requisiti generali e specifici della unità d’offerta sono a disposizione presso la sede operativa per le successive verifiche
* che l’attività è esercitata a titolo di *(specificare se si tratta di: gestione diretta di un bene di proprietà, gestione diretta di un bene non di proprietà, ecc., con eventuale data di scadenza dei relativi titoli)*
* che il proprietario dell’immobile sede dell’attività è *(indicare i dati del proprietario)*
* che il titolo di godimento dell’immobile sede dell’attività è *(indicare se proprietà, locazione, comodato d’uso, concessione, ecc.).*

**ALLEGA, SOLO PER LA ATS, LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

*(si ricorda che è possibile non allegare la documentazione ancora in corso di validità già trasmessa per altri procedimenti. In tal caso è sufficiente indicare il procedimento a cui fare riferimento)*

• due planimetrie quotate in scala 1:100, con destinazioni d’uso dei locali e degli spazi come previste dalle norme di settore, indicazione dei principali arredi, superfici e altezze dei singoli vani, rapporti aero-illuminanti calcolati in forma analitica e separata, con specificata la dichiarazione dell’eventuale presenza di impianto di trattamento aria. Le planimetrie devono essere datate e firmate dal legale rappresentante e dal tecnico abilitato.

* atto relativo al titolo di godimento dell’immobile sede dell’attività - SE L’IMMOBILE E’ DI PROPRIETA’ DI ASST NON E’ NECESSARIO ALLEGARE L’ATTO
* relazione generale organizzativa e gestionale
* elenco nominativo del personale a standard, firmato dal legale rappresentante, con indicazione della qualifica, del titolo di studio, del ruolo svolto, del rapporto di lavoro, del monte ore settimanale
* dichiarazione del legale rappresentante attestante l’assenza di incompatibilità per il personale del ruolo sanitario operante a qualsiasi titolo presso la struttura

Il sottoscritto si impegna a comunicare agli enti in indirizzo qualsiasi variazione dei dati sopraindicati, ad esclusione dell’elenco nominativo del personale.

La presente segnalazione riguarda esclusivamente la messa in esercizio di unità d’offerta sociosanitaria e non sostituisce eventuali adempimenti previsti da altre normative (es.: SCIA per VVFF, SCIA edilizia, SCIA per attività di preparazione e/o somministrazione di alimenti e bevande, autorizzazione in deroga ai sensi dell’articolo 65 del D.Lgs n. 81/2008, ecc.)

*Luogo e data Timbro e firma del legale rappresentante*