

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI
STRUTTURA SANITARIA**

Al Sindaco del Comune di

Il sottoscritto/a nato/a a
il....., residente a
C.F./P.IVA, in qualità di
..... della.....
.....
(ditta individuale/società/azienda)
con sede legale in(Prov.....), Via.....
....., CAP....., Telefono.....
Fax., e-mail

C H I E D E

il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento della seguente struttura sanitaria:

(Denominazione, indirizzo)
.....
.....

Allo scopo allega:

1. Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con layout delle attrezzature e degli arredi;
2. Elenco dei servizi esercitati all'interno della struttura con riferimento alle tipologie di attività per le quali sono riportati i relativi requisiti nell'allegato n. 1 della delibera n.....del.....
3. Catalogo delle attività con riferimento alle discipline specialistiche ed alle relative tipologie di prestazioni;
4. Definizione dei livelli di responsabilità tecnico-organizzativa della struttura;
5. Piano aziendale con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni;
6. Ogni altra informazione utile a documentare il rispetto dei requisiti elencati nell'allegato n. 1 alla delibera n.....del.....

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione ai punti 3 e 4.

data.....

il legale rappresentante
.....

Allegati n.