

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)**  
ai sensi della DGRC 28/2024

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO**  
art.46 e 47 del D.P.R. 445/2000

**Al Sindaco del Comune di**

p.c **Al Direttore Generale della  
Azienda Sanitaria Locale di**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ (VIA/PIAZZA) \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TELEFONO CELL. \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CARTA D'IDENTITÀ  PASSAPORTO ITALIANO  PATENTE che si allega in copia

N. \_\_\_\_\_

ENTE DI RILASCIO \_\_\_\_\_

DATA DI RILASCIO \_\_\_\_\_ DATA DI SCADENZA \_\_\_\_\_

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci; ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00;
- sotto la propria responsabilità

nella sua qualità di: *(indicare la corretta ragione sociale del soggetto giuridico)*

- Legale rappresentante del soggetto giuridico di seguito individuato:
- Ragione Sociale.....
- Con Sede Legale in Via/Piazza .....n.....
- Comune di .....(.....) CAP:.....
- Forma Giuridica.....
- Partita IVA.....
- (in caso di assenza della partita IVA, indicare il Codice Fiscale dell'organizzazione

**DICHIARA**

- Per la struttura in oggetto, che trattasi di una organizzazione/struttura ammessa negli Elenchi A e B di cui al Decreto Dirigenziale n.554 del 22/08/2023 della Direzione Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, così come modificato e integrato con i Decreti dirigenziali n. 743 del 10/11/2023 e n. 765 del 15/11/2023.

## AUTOCERTIFICA

- ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni.

che l'organizzazione privata è in possesso del provvedimento, in corso di validità, di Autorizzazione ed accreditamento per l'Assistenza Domiciliare Integrata rilasciato dall'Ambito Sociale di appartenenza ex art. 9 del Regolamento Regionale n. 4 del 07/04/2014, relativamente all' "Assistenza Domiciliare Integrata con Servizi Sanitari" di cui alla DGRC n. 107 del 23/04/2014 "Approvazione Catalogo dei Servizi di cui al Regolamento di esecuzione della L.R. 23 ottobre 2007, n. 11;

*ovvero*

che l'organizzazione privata è in possesso del provvedimento, in corso di validità, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della DGRC 7301/01 e/o di accreditamento ai sensi del Regolamento Regionale 22/06/2007, n. 1, per attività sanitaria di FKT ex art. 44 Legge 833/78, per riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 e per attività rientranti nella macroarea Sociosanitaria;

*ovvero*

che l'organizzazione privata ha svolto la gestione di servizi di assistenza domiciliare erogate nei 24 mesi, antecedenti alla DGRC 21/2023, per conto di un'Azienda Sanitaria Locale selezionale coerentemente con le indicazioni di cui al Decreto Commissariale n. 1 del 7 gennaio 2013.

## COMUNICA

L'apertura di struttura adibita nella sede organizzativa/sede operativa per l'erogazione di cure domiciliari  di livello base  di I livello  di II livello  di III livello.

Denominata

- ✓ con sede *organizzativa* in

Via/Piazza ..... n. .... int .....

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... mappale

- ✓ con sede *operativa* (da compilare nel caso in cui sia distinta dalla sede organizzativa) nel Comune di

Via/Piazza ..... n. .... int .....

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... mappale

- ✓ Che la predetta sede è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1.AU e 1.2 AU dell'Accordo Stato Regioni n.151/2021.

*N.B.: precisare le medesime informazioni anche per la sede organizzativa se non coincidente con la sede operativa*

*Luogo e data*

*Timbro e firma del legale rappresentante*

Si autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101. l/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici

*N.B.: La presente segnalazione riguarda esclusivamente l'INIZIO ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI DI CURE DOMICILIARI e non sostituisce eventuali adempimenti previsti da altre normative (es.: SCIA per VVFF, SCIA edilizia, autorizzazione in deroga ai sensi dell'articolo 65 del D.Lgs n. 81/2008, ecc.)*

**Allegati obbligatori:**

1. *Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;*
2. *autocertificazioni dei requisiti soggettivi di esercizio del legale rappresentante e degli altri soggetti di cui al Libro II del D.Lgs. n. 159/2011, come da moduli allegati;*
3. *Dichiarazione del possesso dei requisiti minimi strutturali indicati per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.AU 2 AU e 3AU, come da modulo allegato;*
4. *Planimetria attuale della sede organizzativa e della sede operativa (qualora non coincidenti) in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato e dal legale rappresentante; autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.*
5. *Atto relativo al titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività di cui al punto precedente;*
6. *Elenco nominativo del personale medico e delle altre professioni sanitarie, come da punto AU.3.1.2 dell'Allegato alla DGRC 21/2023 e tabella n.1 dell'Allegato alla DGRC 28\_22024, firmato dal legale rappresentante, con indicazione della qualifica, del titolo di studio, del ruolo svolto, del rapporto di lavoro, del monte ore settimanale*
7. *Dichiarazioni attestante l'assenza di incompatibilità per il personale del ruolo sanitario operante a qualsiasi titolo presso la struttura*