

REGIONE LAZIO
DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

**Istanza di modifica del titolo autorizzativo per variazione ragione sociale, denominazione,
sede legale o trasformazione**
(L.R. n. 4/2003; art. 14 Regolamento regionale N. 13/2007 e s.m.i.)

Al Direttore della Direzione
“Salute e Politiche Sociali”
REGIONE LAZIO

PEC: autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

I sottoscritt _____
 nat a _____ il _____
 residente in _____ CAP _____
 via/piazza _____ codice fiscale _____
 tel. _____ e-mail _____
 PEC _____
 in qualità di rappresentante legale del soggetto
 giuridico _____
 con sede legale in _____ CAP _____
 via/piazza _____ Partita IVA: _____,
 gestore della sottoscritta struttura privata denominata:

 sita in _____ provincia (_____) nel territorio di competenza della ASL
 _____ via/piazza _____ e numero _____
 _____ CAP _____

che esercita attività di:

- a) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: _____;
- a1) PRESIDIO DI CHIRURGIA AMBULATORIALE _____;
- b) STRUTTURA SANITARIA in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o
diurno per acuzie ;
- c) STRUTTURA SANITARIA in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o
diurno post acuzie _____;
- d) STRUTTURA SANITARIA/SOCIO-SANITARIA in regime residenziale o semiresidenziale
o di assistenza territoriale extra-ospedaliera _____;
- e) STABILIMENTI TERMALI _____;

IN POSSESSO

del seguente titolo abilitante all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria:

- Autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria/socio-sanitaria**, ai sensi dell'art. 8-ter,
commi 1 e 2, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciata con ⁽¹⁾:
- o Determinazione del direttore regionale _____ n. _____ del _____;
 - o Decreto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del
settore sanitario della Regione Lazio n. _____ del _____;
 - o Altro ⁽²⁾: precisare se il soggetto è autorizzato ed in virtù di quale provvedimento

¹ Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

² Specificare.

- Accreditamento con il SSR**, ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciato con ⁽³⁾:
- Decreto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio n. _____ del _____;
 - Delibera di Giunta regionale _____;
 - Altro ⁽⁴⁾: precisare se il soggetto è accreditato ed in virtù di quale provvedimento
-
-

FA ISTANZA DI MODIFICA DEL TITOLO AUTORIZZATIVO PER:

- A. TRASFORMAZIONE FORMA GIURIDICA;
- B. VARIAZIONE DELLA DENOMINAZIONE;
- C. VARIAZIONE DELLA RAGIONE SOCIALE;
- D. VARIAZIONE DELLA SEDE LEGALE;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità, anche penali, previste per il caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- che il Soggetto giuridico si è trasformato dal _____;
- oppure
- che la denominazione/ragione sociale del soggetto giuridico è cambiata da _____ a _____ a far data dal _____;
 - che la sede legale del soggetto giuridico è _____ in luogo di _____;
 - di accettare tutti gli obblighi e le prescrizioni contenute nell'autorizzazione sanitaria;
 - di essere consapevole che tutte le dichiarazioni rese potranno essere oggetto di verifica d'ufficio;
 - che null'altro è mutato e pertanto garantisce il mantenimento di ogni altro elemento della struttura autorizzata, con particolare riferimento ai requisiti minimi autorizzativi e ulteriori di qualità, se accreditato.

SI IMPEGNA

A fornire ogni altra informazione e documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle attività/prestazioni richieste.

AUTORIZZA

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione..

_____, / / _____
 (luogo) (data)

IL RICHIEDENTE

Allegare un documento di riconoscimento in corso di validità

³ Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

⁴ Specificare.