

**REGIONE LAZIO**  
**DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI**  
**Istanza di modifica del titolo autorizzativo per variazione del**  
**Direttore sanitario/Direttore tecnico della struttura**  
**(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](mailto:autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it)

Il 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 <sup>(1)</sup>:
- 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 <sup>(2)</sup>: precisare se il il soggetto è autorizzato ed in virtù di quale provvedimento  
 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

<sup>2</sup> Specificare.

- Accreditamento con il SSR**, ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciato con <sup>(3)</sup>:
- 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 <sup>(4)</sup>: precisare se il soggetto è accreditato ed in virtù di quale provvedimento
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**FA ISTANZA DI MODIFICA DEL TITOLO AUTORIZZATIVO PER VARIAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO, QUALE RESPONSABILE DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ/PRESTAZIONI SANITARIE O SOCIO-SANITARIE:**

- Discipline e prestazioni in regime \_\_\_\_\_ sottospecificate:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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**

il cambio della direzione sanitaria dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_:  
 dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;  
 al dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

- null'altro è mutato rispetto al quale dichiara il mantenimento di ogni altro elemento della struttura autorizzata, con particolare riferimento ai requisiti minimi autorizzativi e quelli ulteriori di qualità, se accreditato.

**ALLEGA ALLA PRESENTE**

**in duplice copia**

- a) dichiarazione ai sensi degli artt. 47 e 76 DPR 445/2000 di rinuncia all'incarico da parte del direttore uscente con acclusa copia del documento di riconoscimento in corso di validità/risoluzione del contratto;
- b) Lettera di incarico del rappresentante legale al nuovo direttore sanitario;
- c) Accettazione dell'incarico da parte del nuovo direttore con acclusa copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- d) Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 artt 46 e 76 del Direttore sanitario dell'ottenimento del diploma di Laurea, dell'iscrizione all'Ordine dei Medici ed Odontoiatri,

<sup>3</sup> Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

<sup>4</sup> Specificare.

del possesso della relativa specializzazione ovvero di titolo equipollente idoneo a giustificare l'incarico secondo i requisiti vigenti (es. esperienza nel settore) \_\_\_\_\_;

- e) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativo all'assenza delle cause di incompatibilità con acclusa copia del documento di riconoscimento in corso di validità;

**SI IMPEGNA**

A fornire ogni altra informazione e documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti del responsabile sanitario

**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.

**REGIONE LAZIO**  
**DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI**  
**Istanza di modifica del titolo autorizzativo per variazione del**  
**Direttore sanitario/Direttore tecnico della struttura**  
**(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

Il 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 <sup>(1)</sup>:  
 Determinazione del direttore regionale \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;  
 Decreto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del  
 settore sanitario della Regione Lazio n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;  
 Altro <sup>(2)</sup>: precisare se il il soggetto è autorizzato ed in virtù di quale provvedimento  
 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

<sup>2</sup> Specificare.

- Accreditamento con il SSR**, ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciato con <sup>(3)</sup>:
- 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 <sup>(4)</sup>: precisare se il il soggetto è accreditato ed in virtù di quale provvedimento \_\_\_\_\_

**FA ISTANZA DI MODIFICA DEL TITOLO AUTORIZZATIVO PER VARIAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO, QUALE RESPONSABILE DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ/PRESTAZIONI SANITARIE O SOCIO-SANITARIE:**

- Discipline e prestazioni in regime \_\_\_\_\_ sottospecificate:

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**

il cambio della direzione sanitaria dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ :  
 dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;  
 al dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

- null'altro è mutato rispetto al quale dichiara il mantenimento di ogni altro elemento della struttura autorizzata, con particolare riferimento ai requisiti minimi autorizzativi e quelli ulteriori di qualità, se accreditato.

**ALLEGA ALLA PRESENTE**

**in duplice copia**

- a) dichiarazione ai sensi degli artt. 47 e 76 DPR 445/2000 di rinuncia all'incarico da parte del direttore uscente con acclusa copia del documento di riconoscimento in corso di validità/risoluzione del contratto;
- b) Lettera di incarico del rappresentante legale al nuovo direttore sanitario;
- c) Accettazione dell'incarico da parte del nuovo direttore con acclusa copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- d) Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 artt 46 e 76 del Direttore sanitario dell'ottenimento del diploma di Laurea, dell'iscrizione all'Ordine dei Medici ed Odontoiatri,

<sup>3</sup> Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

<sup>4</sup> Specificare.

del possesso della relativa specializzazione ovvero di titolo equipollente idoneo a giustificare l'incarico secondo i requisiti vigenti (es. esperienza nel settore) \_\_\_\_\_;

- e) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativo all'assenza delle cause di incompatibilità con acclusa copia del documento di riconoscimento in corso di validità;

**SI IMPEGNA**

A fornire ogni altra informazione e documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti del responsabile sanitario

**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.