

**RICHIESTA DI VERIFICA DI COMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 8/TER DEL  
DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992 N. 502 E S.M.I.**

Comune di

.....

prot. n. ....

Data .....

Alla Direzione Sanità  
Settore Assistenza Sanitaria  
Territoriale  
C.so Regina Margherita, 153 bis  
10122 TORINO

e p.c. Al Legale Rappresentante  
dell'Ente/Società richiedente  
l'autorizzazione alla realizzazione

**OGGETTO:** Art. 8 *ter*, comma 3, D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "Autorizzazione alla costruzione di nuove strutture sanitarie e socio-sanitarie, adattamento di strutture esistenti, loro diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede di struttura già autorizzata".

Il Legale Rappresentante dell'Ente/Società sotto indicato ha presentato a questo Comune richiesta di autorizzazione alla realizzazione per:

- costruzione di una nuova struttura sanitaria / socio sanitaria
- adattamento e diversa utilizzazione di struttura sanitaria / socio sanitaria esistente
- ampliamento, trasformazione di struttura sanitaria / socio sanitaria già autorizzata all'esercizio
- trasferimento in altra sede di struttura già autorizzata all'esercizio

pertanto, ai fini dell'articolo in oggetto citato, si richiede la verifica di compatibilità del progetto.

I dati riportati nei successivi quadri, compilati a cura del Legale Rappresentante dell'Ente/Società richiedente, sono stati verificati da questa Amministrazione e risultano rispondenti al progetto presentato e conformi agli strumenti urbanistici vigenti.

Il suddetto progetto, ai sensi del D.P.R. n. 380 del 06.06.01 e della L. 241/90 e s.m.i., necessita di permesso di costruire.

Ulteriori dati inerenti la localizzazione della struttura (esistente o costruenda):

ESTREMI CATASTALI DELL'AREA (mappale, foglio, particella) . . . . .

. . . . .

DESTINAZIONE URBANISTICA DELL'AREA. . . . .

. . . . .

. . . . .

DENSITÀ EDIFICATORIA (territoriale e fondiaria) . . . . .

. . . . .

. . . . .

VINCOLI E PRESCRIZIONI URBANISTICHE ED EDILIZIE (riguardanti l'area e/o l'immobile) . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

Firma e timbro del responsabile  
comunale del procedimento

. . . . .

**PERSONA DA CONTATTARE DEL COMUNE (TEL - EMAIL)**

.....

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA COSTRUZIONE DI STRUTTURE SANITARIE O SOCIO-SANITARIE, ADATTAMENTO, DIVERSA UTILIZZAZIONE, AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO IN ALTRA SEDE DI STRUTTURA GIÀ AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO**

da compilare a cura del Legale Rappresentante dell'Ente/Società richiedente

\_\_\_\_\_ |  
Cognome e nome

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Data di nascita      Luogo di nascita      codice fiscale

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Comune di residenza      C.a.p.      Prov.

\_\_\_\_\_  
Indirizzo

in qualità di (1) | \_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_  
denominazione società

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
codice fiscale o partita iva      indirizzo completo della sede legale

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
persona da contattare      telefono / cell      fax

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_ |  
e-mail

1) Titolare dell'impresa individuale o legale rappresentante della società

**NOTIZIE GENERALI SULLA STRUTTURA ESISTENTE  
(PRIMA DELL'INTERVENTO RICHIESTO)**

Presidio ospedaliero:

per acuti  posti letto . . . . .  
post acuti  posti letto . . . . .

Poliambulatorio:

medico  posti utente medi giornalieri . . . . .  
chirurgico  posti utente medi giornalieri . . . . .  
laboratoristico  posti utente medi giornalieri . . . . .  
radiodiagnostico  posti utente medi giornalieri . . . . .

Day hospital se psichiatrico specificare:

ospedaliero  posti letto equivalenti . . . . .  
semiresidenziale  posti utente medi giornalieri . . . . .

- Comunità protetta psichiatrica . . . . . posti letto . . . . .
- Comunità alloggio psichiatrica . . . . . posti letto . . . . .
- Gruppi appartamento per psichiatrici . . . . . posti letto . . . . .
- Centro Diurno per psichiatrici . . . . . posti letto . . . . .
- Centro di terapie psichiatriche . . . . . posti letto . . . . . posti utente . . . . .
- Comunità alloggio per disabili . . . . . posti letto . . . . .
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) per disabili . . . . . posti letto . . . . .
- Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) per disabili . . . . . posti letto . . . . .
- Centro diurno per disabili . . . . . posti utente . . . . .
- Gruppo appartamento per disabili . . . . . posti letto . . . . .
- Nucleo per Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza (NSV) . . . . . posti letto . . . . .
- Nucleo di Alta Complessità neurologica Cronica (NAC) . . . . . posti letto . . . . .
- Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) . . . . . posti letto . . . . .
- Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) per anziani . . . . . posti letto . . . . .
- Residenza assistenziale (R.A.) per anziani . . . . . posti letto . . . . .
- Residenza assistenziale flessibile (R.A.F.) per anziani . . . . . posti letto . . . . .
- Centro Diurno Integrato per anziani . . . . . posti utente . . . . .
- Centro Diurno Alzheimer . . . . . posti utente . . . . .
- Hospice . . . . . posti letto . . . . .
- CTM (Comunità Terapeutica per Minori) . . . . . posti letto . . . . .
- CRP (Comunità Riabilitative Psico-sociale per minori) . . . . . posti letto . . . . .
- Casa famiglia ad accoglienza mista . . . . . posti letto . . . . .

Altro (specificare) . . . . .  
.....  
.....

**Estremi dei provvedimenti autorizzativi al funzionamento:**

.....  
.....



## RELAZIONE TECNICA

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA . . . . .

. . . . .

INDIRIZZO DELLA STRUTTURA . . . . .

. . . . .

TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO . . . . .

- costruzione di una nuova struttura sanitaria / socio sanitaria
- adattamento e diversa utilizzazione di struttura sanitaria / socio sanitaria esistente
- ampliamento, trasformazione di struttura sanitaria / socio sanitaria già autorizzata all'esercizio
- trasferimento in altra sede di struttura già autorizzata all'esercizio

POTENZIALE BACINO D'UTENZA (con riferimento alle esigenze del territorio) . . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

DESCRIZIONE SOMMARIA DELL'INTERVENTO (tipologia costruttiva, caratteristiche spaziali, funzionali, impiantistiche e tecnologiche con riferimento ai parametri previsti dalle norme, descrizione dei lavori, scelte progettuali).

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

TEMPI PREVISTI DI REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

- La struttura è inserita in un contesto urbano ed è in zona baricentrica rispetto al bacino d'utenza.
- La struttura è raggiungibile dai mezzi di trasporto pubblico
- I percorsi di accesso sono privi di barriere architettoniche
- Disponibilità di adeguata area a parcheggio
- Disponibilità di adeguata area a verde attrezzata di pertinenza, o adiacente alla struttura
- Esistenza di accesso e viabilità indipendenti per i visitatori, il personale, le merci.

Firma del richiedente l'autorizzazione alla realizzazione

.....