

**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

.....