

Al Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Igiene degli Ambienti di Vita
via Carmelo Onorato n. 6 – PALERMO

Oggetto: Richiesta presa d'atto relativa al presidio denominato (ragione sociale):

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ residente a _____
prov. _____ CAP _____ via / piazza _____
tel. _____ codice fiscale _____

nella qualità di legale rappresentante della società associazione ditta individuale denominata:

“ _____ ”,
codice fiscale n. _____ , partita IVA n. _____ ,
tel. della struttura _____ , autorizzata con provvedimento n. _____ del _____ ,

CHIEDE

alla S.V. di prendere atto, come previsto nelle norme finali del Decreto Assessore Sanità n. 726 del 9 agosto 2022 dei seguenti mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria:

Variazione del rappresentante legale (specificare data di decorrenza dell'incarico e legale rappresentante uscente):

da (precedente) _____
a (nuovo) _____
con decorrenza dal giorno _____

Mutamenti proporzionali delle quote di capitale, compreso l'ingresso di un socio di capitale;

Inversione delle posizioni dell'accomandante e dell'accomandatario in una società in accomandita semplice:

da (precedente) _____
a (nuovo) _____
con decorrenza dal giorno _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità e a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del DPR 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. n. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii

DICHIARA

1) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____

2) di essere residente a _____ prov. _____ via / piazza _____ n. _____ ,

3) di essere legale rappresentante della società associazione ditta individuale denominata:

" _____ " con sede legale in _____ via _____ n. _____ ,

iscritta nella Sezione Ordinaria della C.C.I.A.A. di _____ con il seguente C.F. e numero di iscrizione _____ a decorrere dal _____ ,

a carico della quale non risulta negli ultimi cinque anni dichiarazione di fallimento, liquidazione amministrativa coatta, amministrazione controllata;

4) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159 del 06.09.2011 (*Codice Antimafia*) e successive modifiche e integrazioni;

5) che la direzione responsabile del presidio è affidata al Dott. _____ nato a _____ il _____

medico chirurgo, specialista in _____ ;

6) che, ad eccezione della variazione oggetto della presente istanza, non è stata apportata alcuna altra variazione

- ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali elencati all'allegato A2 A3 A4 A5 A6 A7 del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 ed
- ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici, per la tipologia di struttura in esame, definiti nell'Allegato 1, parte 2 e/o parte 4 e/o parte 6 al D.A. n. 890 del 17.06.2002 e s.m.i.,

rispetto alla autorizzazione sanitaria precedentemente rilasciata prot. n. _____ del _____.

7) (*solo in caso di associazioni*):

che l'Associazione non è iscritta nel registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS);

che l'Associazione è ad oggi iscritta nel registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS);
con decorrenza dal _____ ;

Luogo e Data _____

(firma per esteso)

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data _____

(firma per esteso)

Ogni eventuale comunicazione riguardante la presente istanza potrà essere inoltrata al seguente indirizzo:

_____ N. telefonico _____
eMail _____ PEC _____

Si allegano alla presente i seguenti documenti (*barrare la casella che interessa*):

N.B. tutta la documentazione allegata dovrà essere prodotta in duplice copia utilizzando i modelli in uso secondo la normativa vigente.

2	Copia dell'atto costitutivo (o copia di atto notarile, verbale di assemblea in caso di variazione con relativa registrazione presso l'Agenzia dell'Entrate nei casi previsti dalla vigente normativa in materia);
4	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di insussistenza delle cause ostative di cui al comma 3 dell'articolo 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità n. 741 del 04 luglio 2023 (Modello ALL. 1) da compilare a cura del legale rappresentante, direttore tecnico, soci, etc.;
8	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in materia di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001, ed art. 20 del Piano Triennale Prevenzione Anticorruzione 2015/2017) (Modello ALL. 5).
9	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, a cura dei soggetti esterni all'Azienda, attestante l'insussistenza di rapporti di parentela o affinità o di situazioni di convivenza o di frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo (legge 190/2012, art. 1 comma 9 lettera e) (Modello ALL. 6).
22	Copia dei documenti di riconoscimento del richiedente e del personale che ha reso dichiarazioni e/o autocertificazioni;
23	(escluso iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore RUNTS) Attestazione pagamento tasse di CC.GG.: <input type="checkbox"/> taxa rilascio <input type="checkbox"/> tasse annuali:
24	Attestazione pagamento diritti sanitari.
25	Altro:

_____ li _____

Firma _____

Indicazioni di massima della documentazione richiesta per i procedimenti di più frequente riscontro:

Variatione legale rappresentante: 2, 4, 5,8, 9, 22, 23 e 24

Mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria: 2, 4, 5, 8, 9, 22, 23 e 24

N.B. Qualora la presente Richiesta venga prodotta priva anche di uno degli allegati previsti o compilata in maniera incompleta, la pratica verrà archiviata d'ufficio.
