

**Oggetto:** Istanza per presa atto relativa a lievi variazioni strutturali dei locali della struttura sanitaria gestita dalla società (*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 \_\_\_\_\_  
che gestisce il presidio \_\_\_\_\_  
autorizzato con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ,

### CHIEDE

alla S.V. di prendere atto delle lievi variazioni strutturali dei locali del presidio \_\_\_\_\_  
siti in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ , finalizzate ad una migliore fruibilità della struttura.

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*);

**5)** che la direzione responsabile del presidio resta 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.**

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 ( <b>Modello ALL. 1</b> ) da compilare a cura del legale rappresentante, direttore tecnico, soci, etc.;
5	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, a cura del legale rappresentante, sul numero di unità di personale e di professionisti che operano nella struttura ( <b>Modello ALL. 2</b> );
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) ( <b>Modello ALL. 5</b> ).
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) ( <b>Modello ALL. 6</b> ).
10	planimetria <b>in originale</b> , in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso, altezza e rapporto aeroilluminante dei singoli vani, con tracciato idropotabile e di accumulo segnato in blu, con sistema di smaltimento dei liquami segnato in rosso;
11	relazione tecnica, a firma di tecnico abilitato, descrittiva della struttura sanitaria e degli impianti tecnologici (modalità di smaltimento dei liquami, di approvvigionamento idropotabile con descrizione del sistema di accumulo, climatizzazione, riscaldamento, gas etc.) e asseverazione circa il rispetto delle norme relative all'abbattimento delle barriere architettoniche (Decr. Min. Lav. Pubbl. n. 236/89); in caso di modifiche di struttura sanitaria già autorizzata dovrà essere asseverato che le opere sono state realizzate nel rispetto della disciplina urbanistico-edilizia vigente;
28	Attestazione pagamento diritti sanitari
29	Altro: .....

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

Il sottoscritto ..... nato a .....  
..... il ..... e residente in .....  
..... Via / Piazza .....

n. ...., telefono n. .... fax n. ....,

nella qualità di (**richiedente l'autorizzazione sanitaria**, o di subentrante nella titolarità dell'autorizzazione sanitaria e/o di soggetto individuato dal comma 3 dell'art. 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità n. 741 del 04 luglio 2023 es.: **direttore tecnico**, socio, etc.) Il legale rappresentante e il direttore tecnico/responsabile sono sempre obbligati a produrre la dichiarazione. (Il dichiarante deve specificare la qualità in base alla quale rende la dichiarazione (vedasi art. 85 D.Lgs 159/2011 e successive modifiche e correzioni D.Lgs 218/2012).

.....  
della Ditta / Società / Associazione denominata .....

.....  
codice fiscale / partita IVA ..... con sede legale in .....

Via / Piazza ....., n. ...., e

sede operativa in ..... Via / Piazza .....

.....  
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 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. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai fini del rilascio della autorizzazione sanitaria di cui all'istanza del ....., sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

### DICHIARA

l'insussistenza delle cause ostative di cui all'art. 80 del D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, nei propri confronti, con riferimento alle fattispecie elencate alle lett. a), b), c), d), e), f) dell' art. 9 del D.A. n. 724 del 9 agosto 2022 come di seguito elencate:

a. di non aver subito condanne con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per uno dei reati di cui al comma 1 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36.

*La causa ostativa opera nei confronti:*

- i. del titolare o del direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale;*
- ii. di un socio o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo;*
- iii. dei soci accomandatari o del direttore tecnico, se si tratta di società in accomandita semplice;*
- iv. dei membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, ivi compresi gli institori e i procuratori generali;*
- v. dei componenti degli organi con poteri di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo;*
- vi. del direttore tecnico o del socio unico;*
- vii. dell'amministratore di fatto nelle ipotesi di cui alle lettere precedenti La causa ostativa non opera quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna, ovvero in caso di revoca della condanna medesima;.*

*La causa ostativa non opera quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna, ovvero in caso di revoca della condanna medesima.*

b. che in qualità di .....  
(es amministratori e/o dei legali rappresentanti, e/o direttore tecnico, etc.) non sussistono a mio carico le cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 o un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto;

c. di non aver commesso gravi violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, come definite dal comma 6 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36;

d. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di concordato con continuità aziendale, e che nei confronti del soggetto non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;

e. di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la sua integrità o affidabilità;

f. di non essere destinatario di sanzione interdittiva di cui, all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o di altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

Oppure di trovarsi nelle seguenti condizioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(N.B.) Nel caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà la firma in calce alla dichiarazione non necessita di autenticazione a condizione che venga sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure che venga sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al **DL 101/2018 di armonizzazione al Regolamento Ue n. 679 del 2016**, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La dichiarazione sostitutiva di certificazione / atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.

**N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' PERSONALE IN CORSO DI VALIDITA' DEL DICHIARANTE.**

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. \_\_\_\_\_ ,  
con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_  
via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , piano \_\_\_\_\_ ,  
e sede operativa della struttura di \_\_\_\_\_  
sita nel Comune di \_\_\_\_\_  
via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , piano \_\_\_\_\_ ,  
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 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 consapevoli  
delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e  
dichiarazioni mendaci, ai fini del rilascio della autorizzazione sanitaria di cui all'istanza del \_\_\_\_\_ ,  
sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

**DICHIARA**

- che i locali della struttura di \_\_\_\_\_  
sito in \_\_\_\_\_  
sono in possesso dei requisiti oggettivi e, cioè, dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e  
specifici per la concessione dell'autorizzazione sanitaria;
- che presso la struttura operano n. \_\_\_\_\_ unità di personale;
- che presso la struttura, ai sensi del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024, operano n. \_\_\_\_\_  
professionisti (iscritti ad albo professionale);

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(N.B.) Nel caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà la firma in calce alla dichiarazione non necessita di autenticazione a condizione che venga sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure che venga sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al **DL 101/2018 di armonizzazione al Regolamento Ue n. 679 del 2016**, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La dichiarazione sostitutiva di certificazione / atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.

**N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO  
IN MATERIA DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'  
SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... e residente in .....  
Via/Piazza ..... n. ...., Prov. ...., nella qualità di Titolare/Legale Rappresentante dell'Impresa/Associazione denominata ....., codice fiscale ....., partita IVA ....., con sede legale in ....., Via/Piazza ..... n. ...., Prov. .... e sede operativa in ....., Via/Piazza ..... n. ...., Prov. ...., telefono n. ...., fax n. ...., indirizzo di posta elettronica ..... a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'artt. 47 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii

**DICHIARA**

Con riferimento agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo, il cui rapporto di lavoro sia cessato a decorrere dal 28.11.2012, che abbiano esercitato nei confronti della suddetta Impresa/Associazione le seguenti attività:

- rilascio di pareri igienico-sanitari, di autorizzazioni, di concessioni;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;
- controlli sulle strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie di qualunque tipologia (ad es.: ricoveri, visite ambulatoriali, prestazioni riabilitative ex art. 26, prestazioni di comunità terapeutiche assistite, prestazioni di comunità tossicodipendenti, etc.);
- ispezione/controllo/vigilanza a qualsiasi titolo espletata,

laddove il dipendente sia stato il responsabile del procedimento e/o responsabile unico del procedimento (RUP) e/o incaricato dei controlli/verifiche e/o dirigente della Unità Operativa competente per materia:

- di non avere concluso e di impegnarsi a non concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non avere attribuito e di impegnarsi a non attribuire incarichi per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro;

oppure

- di avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di avere attribuito incarichi agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo come di seguito indicato:

.....  
.....  
.....

*(specificare nome e cognome dell'ex dipendente, data di nascita, tipologia contratto di lavoro/incarico, data di decorrenza e termine finale del contratto/incarico)*

*Luogo e data* .....

*Il Titolare /Legale Rappresentante  
(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* .....

*Il Titolare /Legale Rappresentante  
(firma per esteso)*



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829 -

Monitoraggio rapporti tra ASP Palermo e soggetti esterni - Enti/Società  
(L. 190/2012 art. 1 c. 9 lett. e)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ**  
(ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000)

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ della

(indicare la denominazione e la ragione sociale dell'Ente o della Società)

beneficiario del provvedimento di autorizzazione/concessione avente ad oggetto

soggetto esterno contraente relativamente al contratto avente ad oggetto

preso atto delle disposizioni in materia di dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e) L. 190/2012:

di non trovarsi in rapporto di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo;

di trovarsi in rapporto di \_\_\_\_\_ (specificare se parentela o affinità frequentazione abituale convivenza) con \_\_\_\_\_ dirigente dell'ASP Palermo e/o con \_\_\_\_\_ dipendente dell'ASP Palermo;

per quanto di diretta conoscenza<sup>1</sup>, che gli amministratori, i soci, i dipendenti della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta non hanno rapporti di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo

per quanto di diretta conoscenza<sup>2</sup>, che \_\_\_\_\_ (indicare nome cognome)

in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare se amministratore/socio/dipendente)

della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta è in rapporto di \_\_\_\_\_ (specificare se parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale)

con \_\_\_\_\_ dirigente dell'ASP Palermo

e/o con \_\_\_\_\_ dipendente dell'ASP Palermo.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni modifica sopravvenuta alla presente dichiarazione in occasione di eventuali futuri rapporti con l'ASP Palermo

P a l e r m o , \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

Sottoscrizione apposta al cospetto di \_\_\_\_\_ (firma del dipendente addetto a ricevere la dichiarazione)

(oppure)

Alla presente dichiarazione si allega copia non autenticata di un proprio documento di identità

<sup>1</sup> l'art. 47 c. 2 DPR 445/2000 prevede che "la dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza". Per "diretta conoscenza" si intendono fatti, stati e qualità relativi al soggetto terzo di cui si rende dichiarazione e di cui il dichiarante "abbia completa contezza" (v. Cons. di Stato. sez. IV, sent. n. 3862/2011)

<sup>2</sup> Vedi nota <sup>1</sup>