



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE
Servizio Autorizzazioni e Accreditamento

Alla Regione Molise
Direzione Generale per la Salute
Servizio Autorizzazione e Accreditamento
Via Genova, 11
86100 Campobasso

**DICHIARAZIONE POSSESSO DEI REQUISITI MINIMI RICHIESTI PER LE
STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE AUTORIZZATE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA'
SANITARIA**

(ai sensi dell'art. 9 comma 1 della L.R. n. 18/2008 e e ss.mm.ii.)

(cadenza quinquennale)

OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)
concernente la permanenza del possesso dei requisiti di cui all'articolo 5, nonché di ogni altra
prescrizione contenuta nel provvedimento di autorizzazione, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera
e) della L.R. n. 18/2008 e ss.mm.ii.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ CAP _____

via/piazza _____ Codice fiscale _____

tel. _____ e-mail _____

PEC: _____

in qualità di Legale Rappresentante/Titolare della STRUTTURA SANITARIA/SOCIOSANITARIA
denominata:

tipologia Attività/Servizio _____

con sede legale in _____ Prov. _____ CAP _____

via/piazza _____ n. _____

con sede operativa in _____ Prov. _____ CAP _____

via/piazza _____ n. _____

PARTITA IVA: _____

PEC: _____

Estremi:

- ATTO/I AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO: _____



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE
Servizio Autorizzazioni e Accreditamento

Visto l'Art. dell'art. 9 comma 1 della L.R. n. 18/2008 e ss.mm.ii. che richiede l'attestazione del possesso dei requisiti minimi Strutturali, Tecnologici, Impiantistici e Organizzativi;

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- Che la Struttura denominata _____ è in possesso di tutti i Requisiti Strutturali, Tecnologici e Organizzativi (inclusa la dotazione di personale) previsti dalla normativa vigente (Manuale di Autorizzazione in recepimento dell'Intesa Stato-Regioni) per la specifica tipologia di attività: _____
- Che l'immobile in cui ha sede la Struttura (Sede Operativa) è conforme alla destinazione d'uso sanitaria/sociosanitaria e che gli impianti sono a norma e certificati.
- Di aver verificato e di garantire il mantenimento costante nel tempo dei requisiti Strutturali, Tecnologici e Organizzativi dichiarati e che non sono intervenute modifiche tali da invalidare l'Autorizzazione all'Esercizio, e il possesso dei richiamati requisiti.
- Di essere in regola con tutti gli adempimenti obbligatori in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008), igiene, privacy (GDPR) e di aver adottato tutti i protocolli necessari per la sicurezza dei pazienti e degli operatori.
- Che la documentazione comprovante il possesso dei requisiti organizzativi, strutturali, impiantistici, tecnologici e di qualità è conservata presso la sede della struttura ed è disponibile per eventuali verifiche da parte degli enti competenti;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione qualsiasi eventuale variazione che possa influire sul mantenimento dei requisiti organizzativi, strutturali, impiantistici, tecnologici.
- Che quanto dichiarato corrisponde a verità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Luogo _____ Data _____

Firma del Legale Rappresentante/Titolare (leggibile):

SI ALLEGA:

- Documento di identità del Rappresentante Legale/Titolare del dichiarante.