

**Marca da bollo**

(ai sensi del D.P.R. 642/72 e ss.mm.ii)  
Per gli atti soggetti a bollo fin dall'origine la data apposta sulla marca da bollo deve essere antecedente o contestuale a quella di sottoscrizione dell'atto. Chi non corrisponde, in tutto o in parte, l'imposta dovuta è soggetto, oltre al pagamento del tributo, alle sanzioni previste dalla legge.

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo  
tramite l'U.O.C. Igiene degli Ambienti di Vita  
via Carmelo Onorato n. 6 - PALERMO

Oggetto: Istanza per autorizzazione relativa a presidio di riabilitazione (indicare esatta denominazione ed ubicazione): ISTITUTO DEI CIECHI OPERE RIUNITE L. FLORIO F. E. D. A. SALARONE CENTRO PER PLURIMINORATI NON VEDENTI VIA BIANCHINI PALERMO

Il/La sottoscritto/a ANTONINO GIANNETTINO  
nato/a a PALERMO prov. PA il 10.09.1963  
residente a TERRASINI prov. PA CAP 90049  
indirizzo VIA CALETTA VERDE N. 5 tel. \_\_\_\_\_  
nella qualità di legale rappresentante dell'ENTE PUBBLICO denominata  
ISTITUTO DEI CIECHI OPERE RIUNITE L. FLORIO F. E. D. A. SALARONE  
codice fiscale n. 80016530828 , partita IVA n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. il rilascio di provvedimento autorizzativo per (barrare solamente le caselle che interessano):

- apertura di un presidio di riabilitazione dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, di sesso \_\_\_\_\_ e di età \_\_\_\_\_ per erogazione di (barrare la casella che interessa):
- n. \_\_\_\_\_ prestazioni domiciliari;
  - n. \_\_\_\_\_ prestazioni domiciliari aggregate (cancellare voce che non interessa) al presidio ambulatoriale / a ciclo continuativo / a ciclo diurno da autorizzare / autorizzato con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - n. 46 prestazioni ambulatoriali;
  - prestazioni a ciclo continuativo, fase post-acuta, modulo da 10 soggetti;
  - prestazioni a ciclo diurno, fase post-acuta, modulo da 20 soggetti;
- nei locali siti nel Comune di PALERMO via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

- trasferimento di sede del presidio di riabilitazione dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, di sesso \_\_\_\_\_ e di età \_\_\_\_\_, autorizzato con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per erogazione di (barrare la casella che interessa):
- n. \_\_\_\_\_ prestazioni domiciliari;
  - n. \_\_\_\_\_ prestazioni domiciliari aggregate (cancellare voce che non interessa) al presidio

ambulatoriale / a ciclo continuativo / a ciclo diurno da autorizzare / autorizzato con provvedimento  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

n. \_\_\_\_\_ prestazioni ambulatoriali;

prestazioni a ciclo continuativo, fase post-acuta, modulo da \_\_\_\_\_ soggetti;

prestazioni a ciclo diurno, fase post-acuta, modulo da \_\_\_\_\_ soggetti;

dai locali siti nel Comune di \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ ai locali siti nel Comune di  
\_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

variazione di ragione sociale, rispetto a precedente provvedimento autorizzativo prot. n. \_\_\_\_\_ del  
\_\_\_\_\_, da " \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ " a "  
\_\_\_\_\_";

variazione legale rappresentante, rispetto a precedente provvedimento autorizzativo prot. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_, nella persona del Sig. \_\_\_\_\_  
In sostituzione del Sig. \_\_\_\_\_;

ALTRO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. n. 76 del DPR  
445/2000 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

#### DICHIARA

1) di essere nato/a a PALERMO prov. PA il 10.09.1963

2) di essere residente a TERRASINI prov. PA CAP 90049  
indirizzo VIA CALETTA VERDE N. 5 tel. \_\_\_\_\_

3) di essere legale rappresentante dell'X ENTE PUBBLICO denominata:  
ISTITUTO DEI CIECHI OPERE RIUNITE I. FLORIS - F. E. D. A. SALARONE  
con sede legale in PALERMO via ANGIO' N. 27

4\*) che i locali siti nel Comune di PALERMO via NICOLA BIANCHINI  
n° \_\_\_\_\_ verranno adibiti esclusivamente

all'attività per la quale si chiede autorizzazione e di averne la piena ed esclusiva disponibilità, derivante da

contratto di PROPRIETÀ stipulato il 12.07.2016

e registrato presso AG. ENTRATE PA IL 20.07.2016 AL N. 8193 SERIE 1T

5\*) che i locali per i quali viene richiesta autorizzazione posseggono i requisiti minimi strutturali e tecnologici  
generali elencati nell'allegato 1, parte 1 al punto 1.2 del D.A. 17.06.2002 nel rispetto delle vigenti normative:  
protezione antisismica; protezione antincendio; protezione acustica; sicurezza elettrica e continuità elettrica;

sicurezza antinfortunistica; igiene nei luoghi di lavoro; protezione delle radiazioni ionizzanti \*\* ; eliminazione barriere architettoniche; smaltimento dei rifiuti; condizioni microclimatiche; impianti di distribuzione dei gas \*\*; materiali esplosivi \*\*; lotta alle infezioni ospedaliere; piani di emergenza. (\*\* ove impiegati)

6) che la direzione responsabile del presidio è / resta affidata al Dott. DAVIDE BELLI PANNI nato a MIRANO (VE) il 27/01/45 medico chirurgo, specialista in NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

7) (solo in caso di istanze di variazione) che rispetto all'ultimo provvedimento autorizzativo prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, null'altro è variato riguardo al personale, locali ed attrezzature / sono intervenute le seguenti variazioni: \_\_\_\_\_

8) (solo in caso di istanze di nuova apertura) di essere a conoscenza che l'autorizzazione di che trattasi potrà essere rilasciata solamente nel rispetto di quanto previsto al punto 5 dell'art. 1 della L.R. 15/04 e pertanto non dà diritto ad alcun tipo di accordo contrattuale ex articolo 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e non costituisce titolo giuridico per l'erogazione di prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale.

9) che la struttura è:

- accreditata con provvedimento prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_
- non accreditata.

10) (solo in caso di istanze di trasferimento di struttura accreditata) di essere a conoscenza di quanto previsto dagli artt. n. 2 e 3 del D.A. 11 settembre 2009.

\* N.B.: i punti 4 e 5 non sono oggetto di dichiarazione in caso di variazioni non interessanti i locali.

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

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

VIA ARGIO' N. 27 PALERMO  
N. telefonico: 091 540324 Fax 091 540555  
eMail segreteria@isteiechipalermo.it PEC isteiechipalermo@pecert.posteert.it

Si allegano alla presente i seguenti documenti in duplice copia (barrare la casella che interessa):

1	documentazione comprovante la titolarità dei locali. Il contratto nuovo o rinnovato, di compravendita, locazione, donazione, leasing, etc. deve essere registrato alla Agenzia delle Entrate e corredato dall'Attestazione di Prestazione Energetica degli edifici (APE) pena nullità dello stesso (legge 03.08.2013 n. 90). Il contratto di comodato d'uso deve essere solamente registrato alla Agenzia delle Entrate;
2	copia dell'atto costitutivo (o copia di atto notarile in caso di variazione);
3	idonea documentazione comprovante la cessione della proprietà o trasferimento del godimento dell'azienda da parte della struttura sanitaria cedente, titolare del provvedimento autorizzativo (solo in caso di voltura) redatta nella forma dell'atto notarile o scrittura privata autenticata dal notaio;
4	dichiarazione sostitutiva di certificazione dell'iscrizione alla Camera di Commercio, da rendere, secondo il modello aziendale in uso, a cura del titolare / legale rappresentante, attestante inoltre che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del Decreto Legislativo n. 159 del 06.09.2011 e successive modificazioni a carico del dichiarante e, nel caso di Società e di Associazione, a carico delle stesse (Modello ALL. 1);
5	dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia da rendere, secondo il modello aziendale in uso, a cura del direttore responsabile, attestante inoltre che non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs n. 159 del 06.09.2011 e successive modificazioni, a carico del dichiarante (Modello ALL. 2);

6	dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia da rendere, secondo il modello aziendale in uso, a cura di ciascuno degli altri soggetti sottoposti alla verifica antimafia di cui all'articolo 85 del Decreto Legislativo n. 159 del 06.09.2011. Per le associazioni e società di qualunque tipo, anche prive di personalità giuridica, la documentazione antimafia è riferita anche ai soggetti membri, sia effettivi che supplenti, del collegio sindacale o, nei casi contemplati all'art. 2477 del codice civile, al sindaco, nonché ai soggetti che svolgono compiti di vigilanza di cui all'art. 6, comma 1, lettera b del Decreto Legislativo n. 231 dell' 08.06.2001 ( <b>Modello ALL. 2</b> );
7	dichiarazione sostitutiva di certificazione da rendere, secondo il modello aziendale in uso in materia di mutamenti inerenti la titolarità delle autorizzazioni sanitarie e degli accreditamenti istituzionali, ai sensi dell'art. 3 del D.A. n. 1132 del 18.07.2014 (requisiti di moralità) ( <b>Modello ALL. 3</b> );
8	dichiarazione sostitutiva di certificazione, da rendere utilizzando il modello aziendale in uso attestante l'insussistenza delle cause ostative di cui all'articolo 38 del D.lgs 12.04.2006 n. 163 e ss.mm.ii.. (requisiti di moralità) ( <b>Modello ALL. 4</b> );
9	dichiarazione sostitutiva di certificazione, da rendere utilizzando il modello aziendale in uso, 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> );
10	dichiarazione sostitutiva di certificazione, da rendere utilizzando il modello aziendale in uso, 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> );
11	certificato di laurea, specializzazione e iscrizione all'Albo Professionale del direttore responsabile;
12	dichiarazione di accettazione dell'incarico e di non incompatibilità con altri incarichi del direttore tecnico;
13	certificato in duplice copia di iscrizione all'Albo Professionale o diploma del personale sanitario operante nel presidio di seguito elencato (ove individuato) Allegare elenco dettagliato.
14	dichiarazione di accettazione dell'incarico e di non incompatibilità con altri incarichi del personale sanitario operante nell'ambulatorio;
15	n. 2 planimetrie in originale, in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei singoli vani, con tracciato idropotabile e di accumulo segnato in blu, con sistema di smaltimento dei liquami segnato in rosso;
16	relazione tecnica, a firma di tecnico abilitato, descrittiva della struttura sanitaria ivi comprese le modalità di smaltimento dei liquami, di approvvigionamento idropotabile con descrizione del sistema di accumulo ed il rispetto delle norme relative all'abbattimento delle barriere architettoniche (Decr. Min. Lav. Pubbl. n. 236/89);
17	certificato di agibilità dei locali con destinazione d'uso specifica per l'attività richiesta;
18	consenso all'uso di locali sotterranei o semisotterranei di cui all'articolo 65 Decreto Legislativo 81/08;
19	autorizzazione allo scarico dei reflui (ove non assimilabili alle acque reflue domestiche secondo quanto previsto dal D.P.R. 19 ottobre 2011, n. 227) intestata al titolare dell'attività sanitaria (In caso di voltura occorre produrre l'autorizzazione allo scarico volturata);
20	relazione tecnico sanitaria datata e firmata dal direttore responsabile con indicate: tipologia del presidio, elenco analitico delle prestazioni da effettuare, elenco analitico delle attrezzature, elenco del personale, orario di apertura; organizzazione e modalità di svolgimento delle attività lavorative secondo le linee stabilite nell'allegato 1, parte 1 al punto 1.1 del D.A. 17.06.2002; dichiarazione che la dotazione di spazi, personale ed attrezzature è adeguata alle prestazioni sanitarie per le quali si chiede autorizzazione, tenuto conto anche dell'orario di apertura e/o servizio; inoltre dichiarazione circa l'osservanza della normativa vigente sullo smaltimento dei rifiuti speciali sanitari;
21	copia dei documenti di riconoscimento del richiedente e del personale che ha reso dichiarazioni e/o autocertificazioni;

22	copia ricevuta tasse di CC.GG., anni .....
23	ALTRO: _____ _____ _____ _____ _____

26 FEB. 2018 // per n° 615



Firma  
  
**IL PRESIDENTE**  
 Dott. GIANNALFINO ANTONINO