

## DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA SOCIO-ASSISTENZIALE / SOCIO-SANITARIA

All' Authority per l'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi

Il sottoscritto .....nato a..... il.....,  
residente a.....  
C.O.E....., in qualità di..... della  
.....  
(ditta individuale/società/azienda)

con sede legale in.....  
Via.....nr.....Telefono.....,  
Fax....., e-mail.....

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento della struttura socio-sanitaria denominata:

" \_\_\_\_\_ "

con sede in \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

rientrante nella seguente tipologia (barrare la/le casella/e corrispondente/i):

- Ambiente Protesico per patologie involutive
- Casa di riposo per anziani
- Centro diurno assistenziale per anziani
- Centro Diurno Psichiatrico
- Centro Salute Mentale
- Centro socio-riabilitativo diurno per disabili
- Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Disabili
- Comunità alloggio per anziani
- Comunità di pronta accoglienza per minori
- Comunità di tipo familiare per minori
- Comunità educativa per minori
- Comunità pedagogico-terapeutico-riabilitativa residenziale e semiresidenziale per persone affette da dipendenze patologiche
- Consultorio Familiare
- Cure Intermedie
- Day Hospital Psichiatrico
- Gruppo Appartamento
- Hospice
- Residenza Sanitaria Psichiatrica
- Residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza (REMS)
- RSA/Casa Protetta Per Anziani
- Servizio per il trattamento delle dipendenze (SERD)- Centro ambulatoriale

La struttura indicata ha una capacità ricettiva di n. \_\_\_\_\_ posti;

A tal fine allega:

- Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con l'indicazione della destinazione d'uso dei singoli ambienti e layout delle attrezzature e degli arredi firmata dal Direttore Sanitario/Tecnico;
- Copia del regolamento o Carta dei Servizi adottata dalla struttura;
- Copia del modello di cartella clinica/assistenziale in uso presso la struttura;
- Elenco dei servizi esercitati con riferimento alle attività e tipologie di prestazioni per ogni disciplina specialistica esercitata all'interno della struttura;
- Nominativo Direttore Sanitario/Tecnico con copia dei titoli di studio posseduti (se modificato rispetto alla realizzazione) e nominativo del suo sostituto;
- Per le strutture per minori: copia del progetto educativo generale della struttura che espliciti le metodologie educative che si intendono adottare, il tipo di utenza che si intende ospitare e la fascia d'età a cui ci si rivolge;
- Organigramma nominativo della struttura comprensivo del personale sanitario ed amministrativo firmato dal Direttore Sanitario/Tecnico;
- Definizione dei livelli di responsabilità tecnico-organizzativa della struttura (funzionigramma) firmata dal Direttore Sanitario/Tecnico;
- Piano operativo con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni;
- Documentazione che attesti il possesso dei requisiti previsti nell'allegato n. 3.1 del Decreto Delegato 11/2020 (check list compilate in ogni loro parte).

Dichiaro di essere in possesso della documentazione rilasciata da altri enti attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti norme in materia di urbanistica ed edilizia, tutela ambientale, protezione antisismica, protezione antincendio, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro, igiene di alimenti e bevande.

Nota: Copia dei titoli di studio dei professionisti dovrà essere conservata presso la struttura sotto la responsabilità del Direttore Sanitario/Tecnico.

**Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione ai punti precedenti**

Data .....

Firma .....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato [www.sanmarino.sm](http://www.sanmarino.sm) – Canali Tematici “Informativa per il trattamento dei dati personali”

Firma \_\_\_\_\_