

marca da bollo

**Alla**  
**PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**  
**Dipartimento salute e politiche sociali**  
 Via Gilli, 4  
 38121 TRENTO  
 dip.salute@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIA  
 E/O SOCIO-SANITARIA**

*(D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg - art. 5 e allegato)*

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

codice fiscale

nella sua qualità di:

libero professionista, esercente la professione sanitaria \_\_\_\_\_, iscritto  
 all'Ordine \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al  
 n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

*(se la domanda è presentata da una persona giuridica)*

legale rappresentante della società/ente

\_\_\_\_\_ indicare la corretta denominazione

con sede \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ indicare l'indirizzo (via, n°civico, località/frazione, cap, comune)

codice fiscale \_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**



**L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO di attività sanitaria e/o socio-sanitaria**

della struttura sanitaria/socio-sanitaria, denominata: _____									
sita nel Comune di _____		CAP _____		via _____		n. _____			
identificata nella p.f./p.ed. _____				p.m. _____					
di proprietà di _____ C.C. _____									
tipologia	contratto	per	utilizzo	dell'immobile	(se	non	di	proprietà)	
_____									
orario di apertura _____									
periodo di apertura <i>(solo se si tratta di apertura stagionale)</i> _____									
già autorizzata con provvedimento n. _____ del _____ rilasciato da _____									
<i>(da dichiarare solo se in possesso di precedente autorizzazione)</i>									

per l'esercizio delle **FUNZIONI:**

dettagliate nell' **"ELENCO ATTIVITÀ"** (ALLEGATO A della presente domanda).

Al fine di consentire all'amministrazione l'acquisizione d'ufficio dei dati, delle informazioni e dei documenti necessari

**DICHIARA**

- che la direzione sanitaria della struttura è assunta da \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale           in possesso del titolo di studio di \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ specialista in \_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- che è stata rilasciata l'agibilità/abitabilità dei locali con provvedimento prot. n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_;
- (solo in caso di stabilimenti idrotermali)* che è stata rilasciata la concessione mineraria o sub concessione o altro titolo giuridicamente valido per l'utilizzo delle acque;
- (solo in caso di stabilimenti idrotermali)* che è stato rilasciato il riconoscimento (\*) delle proprietà terapeutiche delle acque, per (\*\*) \_\_\_\_\_, secondo quanto



previsto dalla lettera t) dell'articolo 6 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da parte del Ministero \_\_\_\_\_ con provvedimento/decreto n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_;

- (solo per gli stabilimenti di fitobalneoterapia) che è stata rilasciato l'atto di concessione allo sfalcio con provvedimento prot. n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_;
- (solo per gli stabilimenti di fitobalneoterapia) che sono state riconosciute le indicazioni terapeutiche delle cure fitobalneoterapiche, con provvedimento della Provincia n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_;
- che la struttura è in possesso dei requisiti elencati nelle liste di controllo allegate;
- (solo per le strutture RSA) che per la struttura sono rispettati i parametri di personale stabiliti dalle direttive della Giunta provinciale con riferimento al numero complessivo di posti letto autorizzati come risulta dall'elenco del personale allegato;

(\*) Per le aziende termali autorizzate anteriormente all'entrata in vigore della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il nullaosta del Ministero della Sanità rilasciato in base all'articolo 16 del R.D. 28 settembre 1919, n. 1924, tiene luogo del riconoscimento di cui all'articolo 6, lettera t) dell'anzidetta legge.

(\*\*) Specificare il tipo di cura (es. balneoterapia...) e la malattia (es. malattie dermatologiche...) per la quale le proprietà terapeutiche sono riconosciute.

### ALLEGA

- Nuova informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.
- ELENCO ATTIVITÀ (ALLEGATO A)**
- DOCUMENTAZIONE DI CUI ALL'ELENCO (ALLEGATO B)**

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

.....

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

- sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

\_\_\_\_\_

(indicare in stampatello il nome del dipendente)

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

