

SCHEDA 1 – Allegato MODULI di DOMANDA n. 4 e n. 10

SCHEDA SINTETICA DI PRESENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ/FUNZIONI PER INTEGRAZIONE DELL'AUTORIZZAZIONE IN ESSERE PER VARIAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA (adattamento, diversa utilizzazione, ampliamento o trasferimento in altra sede)

Denominazione struttura _____
Indirizzo via _____ n. _____
Telefono _____ e-mail _____
PEC _____
Tipologia di struttura, indicare la MACRO-AREA secondo l'attività prevalente della struttura (Tabella 1)
<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/> (E) <input type="checkbox"/> (F) <input type="checkbox"/> (G) <input type="checkbox"/> (H) <input type="checkbox"/> (I)

INDICE SEZIONI DELLE MACRO-AREE DI ATTIVITA' DOVE DESCRIVERE LE ATTIVITÀ /FUNZIONI E DISCIPLINE RICHIESTE IN AUTORIZZAZIONE
A) STRUTTURE DI RICOVERO/DEGENZA
B) STRUTTURE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
C) STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA
D) STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE
E) STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI
F) STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SANITÀ PUBBLICA
G) STRUTTURE DELLE CURE PALLIATIVE
H) STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE
I) STRUTTURE DI RICOVERO E DI ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

COMPILARE LE ATTIVITÀ/FUNZIONI DA AUTORIZZARE ALL'ESERCIZIO NELLE SPECIFICHE SEZIONI DELLE MACROAREE DI ATTIVITA' (A, B, C, D, E, F, G, H, I).

Indicare di seguito nelle specifiche Sezioni e Tabelle:

- ! **l'assetto attuale della struttura** con le attività/funzione e discipline già autorizzate alla data di presentazione della domanda;
- ! le **nuove richieste** di attività/funzioni, discipline e relativi indicatori (*posti letto, ambulatori, sale ...*) **o variazioni oggetto della domanda** presentata per l'**integrazione**

dell'autorizzazione sanitaria in essere (Modulo di domanda n. 4 e Modulo n. 10).

A) **STRUTTURE DI RICOVERO/DEGENZA**

Tab. 1.A.1 Indicare il riepilogo dell'**assetto attuale della struttura** alla data di presentazione della domanda per singole attività/funzioni, discipline già autorizzate e relativi Indicatori.

DEGENZA A CICLO CONTINUO E DIURNO - ASSETTO ATTUALE

SEZ (Tab .1)	ATTIVITA'/FUNZIONI ATTUALI (Tabella 2-Sez. A)		DISCIPLINE ATTUALI (Tabella 3-Sez. A)		N. Posti Letto ATTUALI
	cod	descrizione	cod	descrizione	
A.1. A	001 3	AREA DI DEGENZA ORDINARIA POSTI LETTO ATTUALI _____			
A.1. A	001 6	RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (TI) POSTI LETTO ATTUALI _____			
A.1. A	001 7	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (TIN) POSTI LETTO ATTUALI _____			
A.1. A	013 1	STROKE UNIT POSTI LETTO ATTUALI _____			
A.2. A	001 8	DAY HOSPITAL POSTI LETTO ATTUALI _____			
A.2. A	001 9	DAY SURGERY POSTI LETTO ATTUALI _____			

ALTRE ATTIVITA'/FUNZIONI E DISCIPLINE in STRUTTURE OSPEDALIERE - ASSETTO ATTUALE

ATTIVITA'/FUNZIONI ATTUALI (Tabella 2-Sez. A)		INDICATORI ATTUALI (N. Ambulatori, N. Stanze, N. Sale)	DISCIPLINE ATTUALI (Tabella 3-Sez. A)	
cod	descrizione		cod	descrizione
001 4 A	BLOCCO OPERATORIO	N. sale ATTUALI: _____		
001 5 A	PUNTO NASCITA / BLOCCO PARTO	N. sale ATTUALI: _____	037	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
001 2 A	PRONTO SOCCORSO	N. ambulatori ATTUALI e/o di box per visita-trattamento : _____ N. ambulatori ATTUALI per la gestione dell'emergenza : _____ N. Box ATTUALI Osservazione Breve (OBI) : _____		

Assetto ATTUAL E	ATTIVITA'/FUNZIONI ATTUALI (Tabella 2-Sez. A)		DISCIPLINE ATTUALI (Tabella 3-Sez. A)	
	cod	descrizione	cod	descrizione
<input type="checkbox"/>	002 1	ATTIVITÀ DI RADIOTERAPIA	070	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA
			074	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
<input type="checkbox"/>	002 0	MEDICINA NUCLEARE E ATTIVITÀ DI TERAPIA RADIOMETABOLICA	061	<input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEARE
<input type="checkbox"/>	002 4	ANATOMIA-PATOLOGICA	003	<input type="checkbox"/> ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
<input type="checkbox"/>	002 6	SERVIZIO FARMACEUTICO	129	<input type="checkbox"/> FARMACIA OSPEDALIERA
<input type="checkbox"/>	002 7	CENTRALE STERILIZZAZIONE		
<input type="checkbox"/>	002 5	SERVIZIO MORTUARIO		

Tab. 1.A.2 Indicare **SOLO** le **variazioni** rispetto all'assetto attuale indicato in Tab. 1.A.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere.**

Indicare le *Nuove* attività/funzioni, discipline, le *Variazioni* o *Cessazioni* di attività/funzioni, discipline già autorizzate in precedenza. Indicare il n. di Posti letto complessivi richiesti: *Nuovi Posti letto per nuove attività/funzioni e discipline richieste oppure n. Posti letto in variazione comprensivi di incremento o riduzione richiesto oppure Azzerare il n. Posti letto nel caso di richiesta di cancellazione di attività/funzione o disciplina già autorizzata in precedenza e indicata in Tab.1.A.1 (assetto attuale).*

DEGENZA A CICLO CONTINUO E DIURNO - ASSETTO IN VARIAZIONE

SEZ (Tab .1)	ATTIVITA'/FUNZIONI in VARIAZIONE (Tabella 2-Sez. A)		DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3-Sez. A)		N. Posti Letto in Variazione
	cod	descrizione	cod	descrizione	
A.1. A	001 3	AREA DI DEGENZA ORDINARIA PL IN VARIAZIONE _____			
A.1. A	001 6	RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (TI) PL IN VARIAZIONE _____			
A.1. A	001 7	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (TIN) PL IN VARIAZIONE _____			
A.1. A	013 1	STROKE UNIT PL IN VARIAZIONE _____			
A.2. A	001 8	DAY HOSPITAL PL IN VARIAZIONE _____			
A.2. A	001 9	DAY SURGERY PL IN VARIAZIONE _____			

**ALTRE ATTIVITA'/FUNZIONI E DISCIPLINE in STRUTTURE OSPEDALIERE - ASSETTO in
VARIAZIONE**

ATTIVITA'/FUNZIONI in VARIAZIONE (Tabella 2-Sez. A)		INDICATORI in Variazione (N. Ambulatori, N. Stanze, N. Sale)	DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3-Sez. A)	
cod	descrizione		cod	descrizione
001 4 A	BLOCCO OPERATORIO	N. sale in variazione: _____		
001 5 A	PUNTO NASCITA / BLOCCO PARTO	N. sale in variazione: _____	037	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
001 2 A	PRONTO SOCCORSO	N. ambulatori in variazione e/o di box per visita-trattamento : _____ N. ambulatori in variazione per la gestione dell'emergenza : _____ N. Box nuovi in variazione Osservazione Breve (OBI) : _____		

Indicare con **(N)** le **Nuove** attività/funzioni e discipline richieste nella domanda di variazione dell'autorizzazione in essere, e con **(C)** le eventuali **Cessazioni** di attività/funzioni, discipline già autorizzate in precedenza e riportate in Tab. 1.A.1.

Assetto in Variazion e	ATTIVITA'/FUNZIONI in VARIAZIONE (Tabella 2-Sez. A)		DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3-Sez. A)	
	co d	descrizione	co d	descrizione
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0021	ATTIVITÀ DI RADIOTERAPIA	070	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C RADIOTERAPIA
			074	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0020	MEDICINA NUCLEARE E ATTIVITÀ DI TERAPIA RADIOMETABOLICA	061	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C MEDICINA NUCLEARE
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0024	ANATOMIA-PATOLOGICA	003	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0026	SERVIZIO FARMACEUTICO	129	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C FARMACIA OSPEDALIERA
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0027	CENTRALE STERILIZZAZIONE		
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0025	SERVIZIO MORTUARIO		

B) **STRUTTURE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Per **poliambulatorio** si intende la struttura fisica, dedicata all'espletamento contemporaneo di attività professionali da parte di professionisti operanti in una o più discipline specialistiche. È previsto che siano dichiarate tutte le attività/funzioni in cui si articola il poliambulatorio. Il poliambulatorio deve possedere i requisiti previsti per le singole tipologie di attività/funzioni che si intendono esercitare nello stesso.

Di seguito sono indicate le attività/funzioni ambulatoriali.

Per queste deve essere indicata la tipologia di ambulatorio (medico, chirurgico, endoscopico, odontoiatrico), oltre:

- al numero di ambulatori suddivisi per attività/funzione;
- alle discipline esercitate.

In caso di **ambulatorio** non collocato nell'ambito di un poliambulatorio, compilare esclusivamente le tabelle di riferimento per la tipologia di ambulatorio (medico, chirurgico, endoscopico, odontoiatrico, ecc). In caso di ambulatorio medico e chirurgico per le **cure palliative** il riferimento va fatto rispettivamente all'ambulatorio medico e chirurgico e va indicata la disciplina cure palliative.

Indicare se la struttura ha un Poliambulatorio oppure se le attività di specialistica ambulatoriale non sono collocate nell'ambito di un poliambulatorio.

Tipo struttura (Tabella 1)	
B.1 POLIAMBULATORIO	<input type="checkbox"/>
B.2. ATTIVITÀ SPECIALISTICHE AMBULATORIALE (NON IN POLIAMBULATORIO)	<input type="checkbox"/>

Tab. 1.B.1. Indicare l'**assetto attuale della struttura** alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline già autorizzate e relativi indicatori.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ASSETTO ATTUALE

SEZ (Tab. 1)	ATTIVITA'/FUNZIONI ATTUALI (Tabella 2-Sez. B)		N. Ambulatori ATTUALI	DISCIPLINE ATTUALI (Tabella 3-Sez. B)	
	cod	descrizione		cod	descrizione
B A	0001	AMBULATORIO MEDICO	N. Ambulatori ATTUALI: _____		
B A	0002	AMBULATORIO CHIRURGICO	N. Ambulatori ATTUALI: _____		
B A	0003	AMBULATORIO ENDOSCOPICO	N. Ambulatori ATTUALI: _____		
B A	0004	AMBULATORIO ODONTOIATRICO	N. Ambulatori ATTUALI _____	035	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA
B A	0123	AMBULATORIO CHIRURGICO PROTETTO per prestazioni ad alta complessità (DM 70/2015)	N. Ambulatori ATTUALI: _____		

B A	0134	AMBULATORIO PER RILASCIO DI CERTIFICATI IDONEITÀ GUIDA	N. Ambulatori ATTUALI: _____	027	MEDICINA LEGALE
----------------------	------	---	---	-----	------------------------

Tab. 1.B.1. Segue

SEZ (Tab. 1)	ATTIVITA'/FUNZIONI ATTUALI (Tabella 2-Sez. B)		DISCIPLINE ATTUALI (Tabella 3-Sez. B)		Assetto ATTUALE	
	co d	descrizione	co d	descrizione		
B	0007	LABORATORIO DI ANALISI	100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE	<input type="checkbox"/>	
				esami chimica clinica	<input type="checkbox"/>	
				esami ematologia	<input type="checkbox"/>	
				esami immunoematologia	<input type="checkbox"/>	
				microbiologia	<input type="checkbox"/>	
				genetica medica	<input type="checkbox"/>	
				POCT - Point of care testing	<input type="checkbox"/>	
B	0008	PUNTO PRELIEVO	100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE	<input type="checkbox"/>	
		<i>(Struttura dedicata all'attività di prelievo, collocata in sede diversa da quella del laboratorio analisi)</i>				
		Indicare il laboratorio di analisi autorizzato all'esercizio dell'attività denominazione, indirizzo, PEC _____				
		di cui il Punto prelievo è funzionalmente dipendente				<input type="checkbox"/>
con cui il Punto prelievo ha accordi per le produzioni analitiche				<input type="checkbox"/>		
B	0024	ANATOMIA PATOLOGICA	003	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	<input type="checkbox"/>	
B	0010	PRESIDIO AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	056	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE/ FISIATRIA/MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	<input type="checkbox"/>	
			036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	
		Box/locali per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari. Indicare il N. totale complessivo _____				
		Area attrezzata per attività di gruppo (palestra)				<input type="checkbox"/>
Area attrezzata per attività in acqua				<input type="checkbox"/>		
B	0011	CENTRO AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	056	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE/ FISIATRIA/MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	<input type="checkbox"/>	
			036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	
		Aree attrezzate per attività individuali				<input type="checkbox"/>
		Aree attrezzate per disturbi comunicativi/cognitivi				<input type="checkbox"/>
		Box/locali per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari. Indicare il N. totale complessivo _____				
		Area attrezzata per attività di gruppo (palestra)				<input type="checkbox"/>
Area attrezzata per attività in acqua				<input type="checkbox"/>		
B	0005	CENTRO DIALISI Indicare il Numero di Posti Letto (se previsti) _____			<input type="checkbox"/>	
		Centro Dialisi Assistenza Limitata			<input type="checkbox"/>	
		Centro Dialisi ad Assistenza Continuativa			<input type="checkbox"/>	
B	0133	AMBULATORIO DI TERAPIA IPERBARICA			<input type="checkbox"/>	
B	0024	ANATOMIA PATOLOGICA	003	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	<input type="checkbox"/>	
B	0080	PUNTI DI PRIMO INTERVENTO			<input type="checkbox"/>	
B	0124	CURE DOMICILIARI			<input type="checkbox"/>	

Tab. 1.B.2 Indicare **SOLO** le **variazioni** rispetto all'assetto attuale indicato in Tab. 1.B.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere.**

Indicare con **(N)** le **Nuove richieste** di attività/funzioni e discipline o variazioni del n. Ambulatori richiesti nella domanda e con **(C)** le eventuali **Cessazioni** di attività/funzioni, discipline già autorizzate in precedenza e riportate in Tab. 1.B.1

Indicare il n. di Ambulatori complessivi, comprensivi della richiesta di incremento o riduzione.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ASSETTO in VARIAZIONE

Assetto in Variazione	ATTIVITA'/FUNZIONI in VARIAZIONE (Tabella 2-Sez. B)		N. Ambulatori in variazioni	DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3 -Sez. B)		
	cod	descrizione		cod	descrizione	N / C
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0001	AMBULATORIO MEDICO	N. Ambulatori in variazione _____			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
						<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
						<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
						<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0002	AMBULATORIO CHIRURGICO	N. Ambulatori in variazione _____			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
						<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
						<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0003	AMBULATORIO ENDOSCOPICO	N. Ambulatori in variazione _____			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
						<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
						<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0004	AMBULATORIO ODONTOIATRICO	N. Ambulatori in variazione _____	035	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0123	AMBULATORIO CHIRURGICO PROTETTO per prestazioni ad alta complessità (DM 70/2015)	N. Ambulatori in variazione _____			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
						<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
						<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	0134	AMBULATORIO PER RILASCIO DI CERTIFICATI IDONEITÀ GUIDA	N. Ambulatori in variazione _____	027	MEDICINA LEGALE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C

Tab. 1.B.2. Segue

SEZ (Tab. 1)	ATTIVITA'/FUNZIONI in VARIAZIONE (Tabella 2-Sez. B)		DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3-Sez. B)		Assetto in Variazion e	
	co d	descrizione	co d	descrizione		
B	000 7	LABORATORIO DI ANALISI	100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
				esami chimica clinica	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
				esami ematologia	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
				esami immunoematologia	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
				microbiologia	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
				genetica medica	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
				POCT - Point of care testing	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
B	000 8	PUNTO PRELIEVO	100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
		<i>(Struttura dedicata all'attività di prelievo, collocata in sede diversa da quella del laboratorio analisi)</i>				
		Indicare il laboratorio di analisi autorizzato all'esercizio dell'attività denominazione, indirizzo, PEC _____				
		di cui il Punto prelievo è funzionalmente dipendente <input type="checkbox"/>				
con cui il Punto prelievo ha accordi per le produzioni analitiche <input type="checkbox"/>						
B	002 4	ANATOMIA PATOLOGICA	003	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
B	001 0	PRESIDIO AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	056	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE/ FISIATRIA/MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
			036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	
		Box/locali per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari. Indicare il N. totale complessivo _____				
		Area attrezzata per attività di gruppo (palestra) <input type="checkbox"/>				
Area attrezzata per attività in acqua <input type="checkbox"/>						
B	001 1	CENTRO AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	056	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE/ FISIATRIA/MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
			036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
		Aree attrezzate per attività individuali <input type="checkbox"/>				
		Aree attrezzate per disturbi comunicativi/cognitivi <input type="checkbox"/>				
		Box/locali per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari. Indicare il N. totale complessivo _____				
		Area attrezzata per attività di gruppo (palestra) <input type="checkbox"/>				
Area attrezzata per attività in acqua <input type="checkbox"/>						
B	000 5	CENTRO DIALISI Indicare il Numero di Posti Letto (se previsti) _____			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
		Centro Dialisi Assistenza Limitata			<input type="checkbox"/>	
		Centro Dialisi ad Assistenza Continuativa			<input type="checkbox"/>	
B	013 3	AMBULATORIO DI TERAPIA IPERBARICA			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
B	002 4	ANATOMIA PATOLOGICA	003	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
B	008 0	PUNTI DI PRIMO INTERVENTO			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	
B	012	ASSISTENZA DOMICILIARE			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	

	4		
--	---	--	--

Tab. 1.B.3. Indicare nell'**assetto Attuale** della struttura per le **attività di diagnostica per immagini, già autorizzate** alla data di presentazione della domanda, le tipologie e caratteristiche delle apparecchiature già autorizzate.

Assetto Attuale	<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (009) Disciplina (069) RADIOLOGIA / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI					
<input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA CONVENZIONALE					
<input type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)					
<input type="checkbox"/>	TAC/GAMMA CAMERA					
<input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA CONVENZIONALE					
<input type="checkbox"/>	RISONANZA MAGNETICA					
	N .	Tipologia	Data di costruzione	Data di installazione	Campo di induzione magnetica (Tesla)	Settoriale (S) / Non Settoriale (NS)
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
<input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA <input type="checkbox"/> Angiografia <input type="checkbox"/> Altro					
<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA					
<input type="checkbox"/>	MAMMOGRAFIA					
<input type="checkbox"/>	ALTRA ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (specificare Es. densitometria, acceleratore)					

Indicare nell'**assetto in Variazione** le **nuove richieste di apparecchiature** oggetto della domanda presentata per integrazione dell'autorizzazione in essere, per tipologia.

Assetto in Variazion e	<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (009) Disciplina (069) RADIOLOGIA / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI					
<input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA CONVENZIONALE					
<input type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)					
<input type="checkbox"/>	TAC/GAMMA CAMERA					
<input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA CONVENZIONALE					
<input type="checkbox"/>	RISONANZA MAGNETICA					
	N .	Tipologia	Data di costruzione	Data di installazione	Campo di induzione magnetica (Tesla)	Settoriale (S) / Non Settoriale (NS)
	1					
	2					
	3					
	4					
5						
<input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA					
	<input type="checkbox"/> Angiografia <input type="checkbox"/> Altro					
<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA					
<input type="checkbox"/>	MAMMOGRAFIA					
<input type="checkbox"/>	ALTRA ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (<i>specificare</i> Es. densitometria, acceleratore _____)					

c) **STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

Tab. 1.C.1. Indicare il **tipo di struttura territoriale** di assistenza primaria, indicando sia i Posti letto/N. Ambulatori **dell'assetto attuale della struttura**, già autorizzati alla data di presentazione della domanda, che il N. di Posti letto/N. Ambulatori oggetto della **richiesta di variazione dell'autorizzazione in essere**. *Indicare nell'assetto in variazione i Posti letto/n. Ambulatori complessivi, comprensivi dell'incremento o della riduzione richiesta oppure azzerare i Posti letto/n. Ambulatori nel caso di cessazione.*

Tipo struttura (Tabella 1- Sez. C)		ASSETTO ATTUALE già Autorizzato	ASSETTO IN VARIAZIONE Richiesto
C.1. OSPEDALE DI COMUNITÀ 0127 OSPEDALE DI COMUNITÀ Denominazione _____ _____	<input type="checkbox"/>	Posti Letto _____	Posti Letto _____
C.2. CASA DELLA COMUNITÀ 0125 CASA DELLA COMUNITÀ Denominazione _____ _____	<input type="checkbox"/>	N. Ambulatori _____	N. Ambulatori _____
C.3. CAU - CENTRI DI ASSISTENZA URGENZA 0126 CAU - CENTRI DI ASSISTENZA URGENZA Denominazione _____ _____	<input type="checkbox"/>	N. Ambulatori _____	N. Ambulatori _____
C.4. CONSULTORIO FAMILIARE 0033 CONSULTORIO FAMILIARE Denominazione _____ _____	<input type="checkbox"/>	N. Ambulatori _____	N. Ambulatori _____

Indicare **le Attività/Funzioni (Tabella 2) già autorizzate (ASSETTO ATTUALE) o richieste di variazione dell'autorizzazione in essere (ASSETTO IN VARIAZIONE)** e rispettive **discipline (Tabella 3)** e indicatori nelle specifiche **Sezioni di macro-attività (B, F, H)** sulla base delle **single attività/funzioni esercitate o richieste** per il servizio territoriale. *(es. per la Casa della comunità indicare le singole attività esercitate nelle corrispondenti sezioni di macro-attività specifica: gli ambulatori medici nella Sez. B delle attività specialistiche ambulatoriali, il Centro di salute mentale alla Sez. H, il Punto prelievi nella Sez. B, ecc.).*

Per **OSPEDALE DI COMUNITÀ - OsCo** si intende la struttura intermedia tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, in sostanza un ponte tra i servizi territoriali e l'ospedale per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. E' assimilabile, quanto a requisiti autorizzativi alla/e attività/funzione/i area di degenza e alle strutture di specialistica ambulatoriale. Nella richiesta di autorizzazione deve essere indicato il numero di posti letto.

Per **Casa della Comunità** si intende la struttura fisica, dedicata all'espletamento contemporaneo di attività professionali da parte di professionisti operanti in una o più discipline specialistiche ed è assimilabile quanto ai requisiti autorizzativi della/e attività/funzione di poliambulatorio. La Casa della Comunità deve possedere tutti i requisiti previsti per le singole tipologie di attività/funzioni che si intendono esercitare nella stessa. Per questo motivo la Scheda di presentazione per l'autorizzazione prevede che siano dichiarate, anche le altre attività/funzioni di cui si chiede l'esercizio nell'ambito della stessa e rispettive discipline ed indicatori richiesti, da indicare nelle specifiche Sezioni di Macro-attività/funzioni (Sezioni B, F, H).

Per **Centro assistenza e urgenza - CAU** si intende la struttura fisica, afferente alla rete assistenziale delle cure primarie. Sono strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso. I CAU possono essere collocati all'interno di Case della Comunità, oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli Ospedali di prossimità. Come per le Case della Comunità, la Scheda di presentazione per l'autorizzazione prevede che siano dichiarate, anche le altre attività/funzioni di cui si chiede l'esercizio nell'ambito della stessa e rispettive discipline ed indicatori richiesti, da indicare nelle specifiche Sezioni di Macro-attività/funzioni (Sezione B).

Per **Consultorio familiare** si intende la struttura fisica, dedicata all'espletamento contemporaneo di attività professionali da parte di professionisti operanti in una o più discipline ambulatoriali specialistiche e garantisce le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della donna, dei singoli, delle coppie e delle famiglie, con equipe multidisciplinari (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale ed altre figure professionali localmente individuate quali dietista, dietologo, andrologo, genetista, senologo ecc.) che offrono percorsi preventivi e diagnostico terapeutici integrati con le strutture presenti nel territorio di riferimento.

D) **STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE**

Tab. 1.D.1. Indicare l'**assetto attuale delle strutture** del sistema regionale sangue alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline già autorizzate e relativi indicatori.

STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE - ASSETTO ATTUALE

SEZ (Ta b. 1)	ATTIVITA'/FUNZIONI ATTUALI (Tabella 2-Sez. D)		DISCIPLINE ATTUALI (Tabella 3-Sez. D)		Indicatori assetto ATTUALIE
	cod	descrizione	cod	descrizione	
D C	0022	SERVIZI E CENTRI DI MEDICINA TRASFUSIONALE	102 <input type="checkbox"/>	CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOEMATOLOGIA	N. SALE Visita/Ambulatori _____ N. Letti /Poltrone per Prelievo _____ N. Locali _____ N. Posti _____ per l'effettuazione delle prestazioni (trasfusioni, predepositi, salassi, aferesi, terapia infusiva)
			018 <input type="checkbox"/>	EMATOLOGIA	
			020 <input type="checkbox"/>	IMMUNOLOGIA	
Struttura sanitaria di riferimento: Denominazione _____ _____ indirizzo c/o _____			con le seguenti articolazioni: Denominazione e sede _____ _____ _____		
D C	0023	UNITÀ O PUNTI FISSI DI RACCOLTA SANGUE	102 <input type="checkbox"/>	CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOEMATOLOGIA	N. SALE Visita/Ambulatori _____ N. Letti /Poltrone per Prelievo _____
			018 <input type="checkbox"/>	EMATOLOGIA	
			020 <input type="checkbox"/>	IMMUNOLOGIA	
Struttura sanitaria di riferimento: Denominazione _____ _____ indirizzo c/o _____			con le seguenti articolazioni: Denominazione e sede _____ _____ _____		

Tab. 1.D.2 Indicare **SOLO** le **nuove richieste o variazioni oggetto della richiesta di variazione dell'autorizzazione in essere**. Indicare il dettaglio delle *Nuove attività/funzioni*, discipline e Indicatori oppure le *Variazioni (Ampliamento o riduzione del n. Sale, Letti, Locali/Cessazione attività con azzeramento degli indicatori)* rispetto all'assetto attuale della struttura già dichiarato in Tab. 1.D.1.

Indicare il n. di Sale / n. Letti-Poltrone / n. Locali / n. Posti complessivi, sempre comprensivi della richiesta di variazione (incremento o riduzione).

STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE - ASSETTO in VARIAZIONE

SEZ (Tab. b.1)	ATTIVITA'/FUNZIONI in VARIAZIONE (Tabella 2-Sez. D)		DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3-Sez. D)		Indicatori in VARIAZIONE
	cod	descrizione	cod	descrizione	
D C	0022	SERVIZI E CENTRI DI MEDICINA TRASFUSIONALE	102 <input type="checkbox"/>	CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOEMATOLOGIA	N. SALE Visita/Ambulatori _____ N. Letti /Poltrone per Prelievo _____ N. Locali _____ N. Posti _____ per l'effettuazione delle prestazioni (trasfusioni, predepositi, salassi, aferesi, terapia infusiva)
			018 <input type="checkbox"/>	EMATOLOGIA	
			020 <input type="checkbox"/>	IMMUNOLOGIA	
Struttura sanitaria di riferimento: Denominazione _____ _____ indirizzo c/o _____			con le seguenti articolazioni: Denominazione e sede _____ _____ _____		
D C	0023	UNITÀ O PUNTI FISSI DI RACCOLTA SANGUE	102 <input type="checkbox"/>	CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOEMATOLOGIA	N. SALE Visita/Ambulatori _____ N. Letti /Poltrone per Prelievo _____
			018 <input type="checkbox"/>	EMATOLOGIA	
			020 <input type="checkbox"/>	IMMUNOLOGIA	
Struttura sanitaria di riferimento: Denominazione _____ _____ indirizzo c/o _____			con le seguenti articolazioni: Denominazione e sede _____ _____ _____		

E) **STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO
INFERMI**

Tab. 1.E.1. Indicare l'assetto attuale delle strutture del sistema regionale soccorso e trasporto infermi, alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline già autorizzate e relativi indicatori.

Oggetto dell'autorizzazione sono le sedi di partenza/postazione.

**STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI - ASSETTO
ATTUALE**

E A	0085	STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI Disciplina 108-EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA
	A	soccorso in emergenza/urgenza
	A	trasporto non in emergenza/urgenza
effettuato con postazione/sede partenza e sosta delle ambulanze/automediche sita in: via _____ comune _____		

e con i seguenti mezzi:

tipo di mezzo	Targa veicoli	anno immatricolazio ne	km percorsi alla data di presentazione della domanda

Tab. 1.E.2 Indicare **SOLO** le variazioni oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere, rispetto a quanto già dichiarato in Tab. 1.E.1.

**STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI - ASSETTO IN
VARIAZIONE**

E A	0085	STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI Disciplina 108-EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA
	A	soccorso in emergenza/urgenza
	A	trasporto non in emergenza/urgenza
effettuato con postazione/sede partenza e sosta delle ambulanze/automediche sita in: via _____ comune _____		

e con i seguenti mezzi:

tipo di mezzo	Targa veicoli	anno immatricolazione	km percorsi alla data di presentazione della domanda

F) **STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SANITÀ PUBBLICA**

Tab. 1.F.1. Indicare l'**assetto attuale dei servizi territoriali di sanità pubblica**, alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline già autorizzate e relativi N. di ambulatori.

STRUTTURE dei SERVIZI TERRITORIALI DI SANITA' PUBBLICA - ASSETTO ATTUALE

SEZ (Tab. 1)	ATTIVITA'/ FUNZIONI ATTUALI (Tab. 2- Sez. F)	Indicatori assetto ATTUALE	DISCIPLINE ATTUALI (Tab. 3-Sez. F)			
			cod	descrizione	cod	descrizione
F C	0001	AMBULATORIO MEDICO	N. Ambulatori _____	199 <input type="checkbox"/>	IGIENE PUBBLICA	
				025 <input type="checkbox"/>	MEDICINA DEL LAVORO	
				027 <input type="checkbox"/>	MEDICINA LEGALE	
				015 <input type="checkbox"/>	MEDICINA SPORTIVA	
				024 <input type="checkbox"/>	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	

Tab. 1.F.2 Indicare **SOLO** le **variazioni** rispetto all'assetto attuale indicato in Tab. 1.F.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere.**

Indicare le *Nuove* attività/funzioni, discipline, le *Variazioni* o *Cessazioni* di attività/funzioni, discipline già autorizzate in precedenza. Indicare il n. di Ambulatori complessivi richiesti: *Nuovi Ambulatori per nuove attività/funzioni richieste oppure n. Ambulatori in variazione comprensivi di incremento o riduzione richiesto oppure azzerare il n. Ambulatori nel caso di cancellazione di attività/funzione già autorizzata in precedenza.*

ASSETTO IN VARIAZIONE

SEZ (Tab. 1)	ATTIVITA'/ FUNZIONI in	Indicatori in VARIACION	DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3-Sez. F)

		VARIAZIONI E (Tab. 2- Sez. F)	E		
		cod	descrizione	cod	descrizione
F C	0001	AMBULATORIO MEDICO	N. Ambulatori _____	199 <input type="checkbox"/>	IGIENE PUBBLICA
				025 <input type="checkbox"/>	MEDICINA DEL LAVORO
				027 <input type="checkbox"/>	MEDICINA LEGALE
				015 <input type="checkbox"/>	MEDICINA SPORTIVA
				024 <input type="checkbox"/>	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

G) RETE E STRUTTURE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete “cure palliative” è in genere articolata in ospedale, hospice (o struttura residenziale per le cure palliative), ambulatori e assistenza domiciliare, nel cui ambito è esercitata la disciplina “cure palliative” (disciplina prevista nell’elenco delle discipline - Tabella 3, individuata dal DM Salute 28 marzo 2013, art. 1, co. 406, L. 178/20).

Requisiti autorizzazione:

- ! In caso di **ambulatorio medico per le cure palliative** i requisiti autorizzativi sono quelli dell’ambulatorio medico e va indicata la disciplina cure palliative. In questo caso l’ambulatorio Cure Palliative va indicato nel prospetto della Sezione B;
- ! in caso di **ambulatorio chirurgico per le cure palliative** i requisiti autorizzativi sono quelli dell’ambulatorio chirurgico e va indicata la disciplina cure palliative. In questo caso l’ambulatorio Cure Palliative va indicato nel prospetto della Sezione B;
- ! per quanto riguarda l’**assistenza domiciliare – Nodo domicilio** - oggetto dell’autorizzazione sono le sedi di partenza (art. 5, co. 1, LR 22/19 – art. 1, co. 406, L. 178/20). Indicare la richiesta di autorizzazione all’esercizio nel prospetto della Sezione B, indicando l’attività funzione “Assistenza domiciliare”.

Indicare per l’**Hospice** sia i Posti letto **dell’assetto attuale della struttura** alla data di presentazione della domanda, che i Posti letto richiesti SOLO se sono oggetto della **richiesta di variazione dell’autorizzazione in essere**. Indicare i Posti richiesti, comprensivi dell’incrementi o della riduzione richiesta oppure azzerarli nel caso di cessazione.

Tipo struttura (Tabella 1-Sez. G)		ASSETTO ATTUALE POSTI LETTO già Autorizzati	ASSETTO IN VARIAZIONE POSTI LETTO richiesti
G.1. HOSPICE Denominazione: _____ Attività/Funzione: 028 HOSPICE Disciplina: 099 CURE PALLIATIVE/HOSPICE	<input type="checkbox"/>	Posti Letto ATTUALI _____	Posti Letto in VARIAZIONE _____

Indicare le **Attività/Funzioni (Tabella 2) già autorizzate** (Assetto ATTUALE) o **richieste di variazione dell’autorizzazione in essere** (Assetto in VARIAZIONE) e rispettive **discipline (Tabella 3)** e indicatori nella specifica **Sezione di macro-attività B**, sulla base delle **attività/funzioni esercitate o richieste**. (es. *Riportare gli ambulatori medici per le cure palliative ed il n. ambulatori nella Sez. B delle attività specialistiche ambulatoriali. Riportare l’attività assistenza domiciliare-nodo domicilio nel quadro B come attività: 0124 Assistenza domiciliare e Disciplina: 099 Cure Palliative/Hospice.*)

H) **STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Indicare il **tipo di struttura territoriale** di salute mentale e dipendenze patologiche oggetto della richiesta di variazione dell'autorizzazione in essere.

Tipo struttura (Tabella 1-Sez. H)	
H.1. CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM) Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
H.2. SERVIZIO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE SERDP (EX SERT) Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
H.3. CENTRO DI NEUROPSICHIATRIA PER INFANZIA E ADOLESCENZA (CNPIA) Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
H.4. DAY HOSPITAL PSICHIATRICO (TERRITORIALE) Denominazione _____	<input type="checkbox"/>

Tab. 1.H.1. Indicare l'assetto attuale della struttura alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline già autorizzate e rispettivi n. di Ambulatori.

SEZ (Tab. 1)	ATTIVITA'/FUNZIONI ATTUALI (Tabella 2-Sez. H)		N. Ambulatori ATTUALI	DISCIPLINE ATTUALI (Tabella 3-Sez. H)	
	cod	descrizione		cod	descrizione
H.1.	002 9 C	CENTRO DI SALUTE MENTALE	N. Ambulatori ATTUALI _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA
H.2.	003 4 C	SERVIZIO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE (SERDP)	N. Ambulatori ATTUALI _____	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
H.3.	012 2 C	CENTRO NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA DELL'ADOLESCENZA	N. Ambulatori ATTUALI _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
H.4.	003 1 C	DAY HOSPITAL PSICHIATRICO	N. Ambulatori ATTUALI _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA

Tab. 1.H.2 Indicare **SOLO** le **variazioni** rispetto all'assetto attuale indicato in Tab. 1.H.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere.**

Indicare le *Nuove* attività/funzioni, discipline le *Variazioni* o *Cessazioni* di attività/funzioni, discipline già autorizzate in precedenza. Indicare il n. di Ambulatori complessivi richiesti: *Nuovi Ambulatori per nuove attività/funzioni richieste oppure n. Ambulatori in variazione comprensivi di incremento o riduzione richiesto oppure azzerare il n. Ambulatori nel caso di cancellazione di attività/funzione già autorizzata in precedenza.*

SEZ (Tab. 1)	ATTIVITA'/FUNZIONI in VARIAZIONE (Tabella 2-Sez. H))		N. Ambulatori in Variazione	DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3-Sez. H))	
	cod	descrizione		cod	descrizione
H.1.	002 9 C	CENTRO DI SALUTE MENTALE	N. Ambulatori in Variazione _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA
H.2.	003 4 C	SERVIZIO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE (SERDP)	N. Ambulatori in Variazione _____	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
H.3.	012 2 C	CENTRO NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA DELL'ADOLESCENZA	N. Ambulatori in Variazione _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
H.4.	003 1 C	DAY HOSPITAL PSICHIATRICO	N. Ambulatori in Variazione _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA

**1) STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O
DIURNO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Indicare il **tipo di struttura a ciclo continuo e/o diurno di salute mentale e dipendenze patologiche** oggetto della richiesta di variazione dell'autorizzazione in essere.

Tipo struttura (Tabella 1-Sez. I)	
I.1. CENTRO DIURNO PSICHIATRICO Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
I.2. RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA TERRITORIALE Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
I.3. RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA CON AUTORIZZAZIONE OSPEDALIERA Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
I.4. STRUTTURA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
I.5. STRUTTURA TERAPEUTICA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE PER MINORI (NPIA) Denominazione _____	<input type="checkbox"/>

Tab. 1.1.1. Indicare l'**assetto attuale della struttura** alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline e rispettivi N. Posti Letto già autorizzati.

SEZ (Tab .1)	ATTIVITA'/FUNZIONI ATTUALI (Tabella 2-Sez. I)		N. Posti Letto ATTUALI	DISCIPLINE ATTUALI (Tabella 3-Sez. I)	
	cod	descrizione		cod	descrizione
I.1.	0030 C	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	N. PL Attuali _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA
I.2.	0129 C	RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA TERRITORIALE	N. PL Attuali _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA
I.3.	0130 C	RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA CON AUTORIZZAZIONE OSPEDALIERA	N. PL Attuali _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA
I.4.	0035 C	COMUNITÀ PEDAGOGICO/ TERAPEUTICA RESIDENZIALE TOSSICODIPENDENTI	N. PL Attuali _____	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
I.4.	0036 C	COMUNITÀ PEDAGOGICO/ TERAPEUTICA SEMIRESIDENZIALE TOSSICODIPENDENTI	N. PL Attuali _____	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
I.4.	0037 C	STRUTTURA RESIDENZIALE PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO AFFETTE DA PATOLOGIE PSICHIATRICHE	N. PL Attuali _____	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
I.4.	0039 C	STRUTTURA PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO CON FIGLI MINORI O DONNE IN GRAVIDANZA	N. PL Attuali _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA

Tab. 1.1.1 *Segue*

SEZ (Tab. 1)	ATTIVITA'/FUNZIONI ATTUALI (Tabella 2-Sez. I)		N. Posti Letto ATTUALI	DISCIPLINE ATTUALI (Tabella 3-Sez. I)	
	cod	descrizione		cod	descrizione
I.4.	0132 C	STRUTTURA RESIDENZIALE PER LA GESTIONE DELLE CRISI E LA RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA	N. PL Attuali _____	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
I.5.	0135 C	STRUTTURA TERAPEUTICA- RIABILITATIVA RESIDENZIALE PER MINORI (NPJA)	N. PL Attuali _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
I.5.	0136 C	STRUTTURA TERAPEUTICA- RIABILITATIVA SEMIRESIDENZIALE PER MINORI (NPJA)	N. PL Attuali _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Tab. 1.1.2 Indicare **SOLO** le **variazioni** rispetto all'assetto attuale indicato in Tab. 1.1.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere.**

Indicare le *Nuove* attività/funzioni, discipline, le *Variazioni* o *Cessazioni* di attività/funzioni, discipline già autorizzate in precedenza. Indicare il n. di Posti letto complessivi richiesti: Nuovi Posti letto per nuove attività/funzioni richieste oppure Posti letto in variazione comprensivi di incremento o riduzione richiesto oppure azzerare il n. Posti letto nel caso di cancellazione di attività/funzione già autorizzata in precedenza.

SEZ (Tab. .1)	ATTIVITA'/FUNZIONI in VARIAZIONE (Tabella 2-Sez. I)		N. Posti Letto in VARIAZIONE	DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3-Sez. I)	
	cod	descrizione		cod	descrizione
I.1.	0030 C	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	PL in Variazione _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA
I.2.	0129 C	RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA TERRITORIALE	PL in Variazione _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA
I.3.	0130 C	RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA CON AUTORIZZAZIONE OSPEDALIERA	PL in Variazione _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA
I.4.	0035 C	COMUNITÀ PEDAGOGICO/ TERAPEUTICA RESIDENZIALE TOSSICODIPENDENTI	PL in Variazione _____	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
I.4.	0036 C	COMUNITÀ PEDAGOGICO/ TERAPEUTICA SEMIRESIDENZIALE TOSSICODIPENDENTI	PL in Variazione _____	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
I.4.	0037 C	STRUTTURA RESIDENZIALE PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO AFFETTE DA PATOLOGIE PSICHIATRICHE	PL in Variazione _____	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
I.4.	0039 C	STRUTTURA PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE	PL in Variazione _____	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	C PSICHIATRIA

		D'ABUSO CON FIGLI MINORI O		042	C TOSSICOLOGIA
--	--	----------------------------	--	-----	----------------

Tab. 1.1.2 *Segue*

SEZ (Tab. 1)	ATTIVITA'/FUNZIONI in VARIAZIONE (Tabella 2-Sez. I)		N. Posti Letto in VARIAZIONE	DISCIPLINE in VARIAZIONE (Tabella 3-Sez. I)	
	cod	descrizione		cod	descrizione
I.4.	0132 C	STRUTTURA RESIDENZIALE PER LA GESTIONE DELLE CRISI E LA RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA	PL in Variazione	040	C PSICHIATRIA
				042	C TOSSICOLOGIA
I.5.	0135 C	STRUTTURA TERAPEUTICA- RIABILITATIVA RESIDENZIALE PER MINORI (NPIA)	PL in Variazione	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
I.5.	0136 C	STRUTTURA TERAPEUTICA- RIABILITATIVA SEMIRESIDENZIALE PER MINORI (NPIA)	PL in Variazione	033	C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

**DICHIARAZIONE DEL POSSESSO DI REQUISITI
DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ C.F. _____,
titolare / legale rappresentante di (studio/ditta/società/azienda) denominato/a _____
C.F. _____ Partita IVA _____

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, sotto la sua personale responsabilità, che la/e struttura/e sopra descritta/e possiede/possiedono i requisiti specifici di autorizzazione vigenti e applicabili alle attività sopra indicate.

Il/la titolare / legale rappresentante

Data _____

Firma Digitale

Solo nel caso non si possieda la firma digitale può essere presentato il formato pdf unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

