

**imposta di bollo di € 16 ai sensi del Dpr 642/1972**

**riportare il numero seriale .....**

PEC: protocollo.azero@pecveneto.it

Al Direttore Generale  
Azienda Zero  
Passaggio Gaudenzio 1  
Padova

**UNITA' DI OFFERTA NELL'AMBITO DELLA SALUTE MENTALE**

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**

RILASCIO (NUOVA) AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

CONFERMA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

La/Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_  
p.e.c. \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante di:.....

(indicare l'esatta denominazione registrata presso la Camera di Commercio della persona giuridica)

codice fiscale/partita iva \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_  
p.e.c. \_\_\_\_\_

**DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA** \_\_\_\_\_

- CSM - CENTRI DI SALUTE MENTALE
- CTRP -COMUNITA' TERAPEUTICA - RIABILITATIVA PROTETTA
  - Modulo Attività assistenziale intermedia
  - Modulo ad alta intensità
  - Posti letto\_\_\_\_\_
- CA - COMUNITA' ALLOGGIO
- GAP - GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO
- DHT - DAY HOSPITAL TERRITORIALE (DHT)
- CD - CENTRO DIURNO
- DPP - DEGENZA PSICHIATRICA IN STRUTTURE PRIVATE
- DAY HOSPITAL OSPEDALIERO (DHO)
  - Modulo Base
  - Modulo Estensivo
  - Posti letto\_\_\_\_\_
- CTRP per minori adolescenti
  - Posti letto \_\_\_\_\_

( max 12 p.l.di cui 2 di pronta accoglienza)

**CHIEDE**

- RILASCIO (NUOVA) AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO
- CONFERMA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Classificazione: C-SS/502/92 (DGR 2501/2004)

Tipo struttura	Sede operativa	Tel.	Cell.	p.e.c.	email	edificio	piano	P.L.	Liste di verifica

**STRUTTURA ACCREDITATA**

SI DGR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

NO

Variazioni dei soggetti giuridici titolari delle strutture e delle strutture stesse:

Tipologia di modifica	Modifica (indicare)
<input type="checkbox"/> Modifica titolarità	
<input type="checkbox"/> Modifica ragione sociale	
<input type="checkbox"/> Modifica compagine societaria	
<input type="checkbox"/> Trasferimento sede	
<input type="checkbox"/> Variazione numero civico	
<input type="checkbox"/> Cessione quote societarie	
<input type="checkbox"/> Cessione società	
<input type="checkbox"/> Fusioni per incorporazioni	
<input type="checkbox"/> Trasformazione da associazione a fondazione	
<input type="checkbox"/> Variazioni societarie	
<input type="checkbox"/> Altro	

**Indicare referente dell'istruttoria quale contatto per il presente procedimento:**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

## **ALLEGATI**

**Documentazione per il rilascio:  
dell'autorizzazione all'esercizio / conferma autorizzazione all'esercizio**

- Copia carta identità del Legale Rappresentate;
- Autorizzazione alla realizzazione art. 3 L.R. 22/2002 rilasciata dal Comune (solo in caso di nuova autorizzazione);
- Certificato di agibilità;
- Liste di verifica requisiti generali e specifici DGR 1616/2008, DGR 748/2011 (CA e CTRP), 242/2012 (CTRP minori adolescenti), compilate nella colonna riservata all'autovalutazione;
- Planimetria dei locali con relativi metri quadri, riportante l'indicazione funzionale e la disposizione degli arredi e della strumentazione;
- Relazione sintetica di presentazione della struttura: missione, popolazione/bacino d'utenza, tipologia e volumi delle prestazioni, organigramma, dotazione organica, organizzazione del personale, ecc.
- Visura Camerale dell'Ente Gestore

Data

Timbro e firma  
del Legale Rappresentante