**Modulo 1**

Spazio per l’apposizione della marca da bollo, (contrassegno telematico)

di importo pari a €16,00

Nel caso di esenzione indicare le motivazioni

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI NUOVA STRUTTURA SANITARIA – DI AMPLIAMENTO,**

**ADATTAMENTO O TRASFORMAZIONE DI QUELLE ESISTENTI**

**(art. 6, co. 1, LR 22/2019)**

Al Direttore Generale Cura della Persona Salute e Welfare

della Regione Emilia-Romagna

Viale A. Moro, 21 – 40127 BOLOGNA

PEC: dgsanaccreditamento@postacert.regione.emilia-romagna.it

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legale rappresentante della ditta/società/azienda denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indica la **tipologia di struttura** per la quale chiede l’autorizzazione alla realizzazione:

□ struttura sanitaria che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti (Dlgs. 502, art. 8-ter, co. 1, lett. a);

□ struttura sanitaria che eroga prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno;

□ Centro diurno psichiatrico

□ Residenza sanitaria psichiatrica territoriale

□ Residenza sanitaria psichiatrica con autorizzazione ospedaliera

□ Struttura residenziale/semiresidenziale per persone dipendenti da sostanze d’abuso

□ Struttura terapeutica residenziale/semiresidenziale per minori

□ Hospice

□ Ospedale di Comunità

**CHIEDE**

□ di **realizzare** la struttura sanitaria indicata di seguito per un totale di posti letto n. \_\_\_\_\_\_

□ di **ampliare** la struttura sanitaria indicata di seguito, autorizzata con provvedimento prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato dal comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per:

* incremento di natura edilizia (nuovo piano, locali o padiglione), *specificare* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* aumento di ricettività pari a n. posti letto \_\_\_\_\_\_\_

□ di **adattare o trasformare** la struttura sanitaria indicata di seguito, autorizzata con provvedimento prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato dal comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dati della struttura**

Denominazione struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ubicata in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare l'**assetto attuale**, per singola attività/funzione e discipline **attualmente già autorizzate** e relativi posti letto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’/FUNZIONI ATTUALI(Tabella 2)** | **DISCIPLINE ATTUALI(Tabella 3)** | **n. Posti Letto ATTUALI** |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
|   |   |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |   |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Indicare l’**assetto oggetto della richiesta**, per cui si chiede **una nuova realizzazione** oppure una **variazione** (*ampliamento/adattamento/trasformazione*). Indicare per singola attività/funzione ogni disciplina afferente e relativi posti letto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’/FUNZIONI** **NUOVE o in VARIAZIONE(Tabella 2)** | **DISCIPLINE****NUOVE o in VARIAZIONE(Tabella 3)** | **n. Posti Letto complessivi** **Nuovi o in Variazione** |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
|   |   |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |   |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Allega la relazione illustrativa** (obbligatoria al momento della presentazione dell’istanza), che metta in evidenza i bisogni di salute cui la struttura intende fornire risposta, in relazione alla localizzazione della struttura medesima al fine di meglio garantire l’accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

Dichiara di essere informato che l’autorizzazione regionale alla realizzazione, ha efficacia temporale di **dodici mesi** dalla data di rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione da parte della Regione e decade qualora, entro tale termine. non sia presentato o richiesto al Comune il previsto titolo abilitativo.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firmadigitale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solo nel caso in cui non si possegga la firma digitale deve essere allegata alla domanda in formato pdf la fotocopia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

**INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016 (GDPR)**

1. **Premessa**

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, la Giunta della Regione Emilia-Romagna, in qualità di “Titolare” del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all’utilizzo dei suoi dati personali.

1. **Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Giunta della Regione Emilia-Romagna, con sede in Bologna, Viale Aldo Moro n. 52, CAP 40127.

Per semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 10, alla Regione Emilia-Romagna, Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp), per iscritto scrivendo a: e-mail urp@regione.emilia-romagna.it oppure a urp@postacert.regione.emilia-romagna.it allegando un documento identificativo.

I moduli per le richieste sono reperibili su Amministrazione trasparente cliccando sull’accesso e poi su Accesso ai propri dati.

È possibile chiedere informazioni all'Urp telefonicamente dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 e il lunedì e giovedì anche dalle 14.30 alle 16.30: telefono 800-662200; oppure scrivendo a: e-mail urp@regione.emilia-romagna.it PEC: urp@postacert.regione.emilia-romagna.it

1. **Il Responsabile della protezione dei dati personali**

Il Responsabile della protezione dei dati designato dall’Ente è contattabile all’indirizzo mail dpo@regione.emilia-romagna.it o presso la sede della Regione Emilia-Romagna di Viale Aldo Moro n. 44 – Mezzanino - Bologna.

1. **Responsabili del trattamento**

L’Ente può avvalersi di soggetti terzi per l’espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui manteniamo la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, tali soggetti assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

Formalizziamo istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Sottoponiamo tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell’affidamento dell’incarico iniziale.

1. **Soggetti autorizzati al trattamento**

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei suoi dati personali.

1. **Finalità e base giuridica del trattamento**

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Giunta della Regione Emilia-Romagna per lo svolgimento di funzioni istituzionali, in particolare con riferimento alle previsioni di cui all’art. 6, comma 1, legge regionale 6 novembre 2019, n. 22, e, pertanto, ai sensi dell’art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati al fine di consentire il corretto e completo svolgimento del procedimento di autorizzazione regionale per la realizzazione di nuove strutture sanitarie, ovvero l'ampliamento, l’adattamento o la trasformazione di quelle esistenti.

1. **Destinatari dei dati personali**

I suoi dati personali non sono oggetto di comunicazione o diffusione, sono trattati dal personale competente della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, appositamente autorizzato e nei limiti delle finalità di cui al punto precedente.

1. **Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE**

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell’Unione europea.

1. **Periodo di conservazione**

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

1. **I suoi diritti**

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

* di accesso ai dati personali;
* di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
* di opporsi al trattamento;
* di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.
1. **Conferimento dei dati**

Il conferimento dei suoi dati è necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l’impossibilità di svolgere il procedimento di autorizzazione e il rigetto della sua istanza. Inoltre, il venir meno della possibilità di effettuare i suddetti trattamenti causerà l’impossibilità di gestire correttamente la suddetta autorizzazione e le attività amministrative ad esse connesse ai sensi della l.r. n. 22/2019.