

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL SOLO FUNZIONAMENTO DI ATTIVITÀ CHE NON NECESSITA DI AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE**

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 solo funzionamento della seguente attività:

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

Allo scopo allega:

- Copia del modello di cartella clinica in uso;
- Elenco dei servizi esercitati;
- Piano operativo con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla gestione del rischio clinico e al 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)
- Nominativo del Direttore Sanitario/Tecnico con copia dei titoli di studio posseduti e nominativo del suo sostituto;
- Organigramma nominativo della struttura comprensivo del personale sanitario ed amministrativo firmato dal 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 \_\_\_\_\_