



## RICHIESTA VOLTURAZIONE AUTORIZZAZIONE

Spett.le ASL Cn1  
S.S.D. Attività di vigilanza  
Strutture Socio Assistenziali  
Via Carlo Boggio n. 12  
12100 Cuneo

**Il sottoscritto/a**

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_  
nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**in qualità di**

diretto interessato  altro (specificare) \_\_\_\_\_

**della Ditta:** \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

**la volturazione a proprio nome, in quanto**

- è cambiato il legale rappresentante del gestore della struttura  
 è cambiato il soggetto gestore della struttura

**dell'AUTORIZZAZIONE**, di cui all'art. 27 L.R. n. 1 del 08.01.2004, della struttura denominata:

\_\_\_\_\_ con sede legale \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

AREA FUNZIONALE		TIPO STRUTTURA	N. POSTI
<input type="checkbox"/> adulti <input type="checkbox"/> adulti/anziani <input type="checkbox"/> anziani <input type="checkbox"/> alzheimer <input type="checkbox"/> disabili	<input type="checkbox"/> minori <input type="checkbox"/> utenza mista <input type="checkbox"/> salute mentale <input type="checkbox"/> patologia delle dipendenze		

**Allega** alla presente i documenti:

- copia dell'atto che ha dato luogo alla variazione del legale rappresentante del soggetto gestore o copia dell'atto che ha dato luogo alla variazione del soggetto gestore (solo in caso di variazione:
    - del legale rappresentante del soggetto gestore
    - del soggetto gestore);
  - documentazione inerente la natura giuridica del nuovo soggetto gestore (copia atto costitutivo, statuto, certificato di iscrizione alla CCIA, ecc..) (solo in caso di variazione del soggetto gestore);
  - planimetrie dei locali (solo in caso di variazioni strutturali) n. 2 copie se cartacee;
  - autocertificazione attestante invarianza:
    - del numero e della tipologia degli ospiti previsti e delle attività che si intendono fornire rispetto alla descrizione data in sede di rilascio della precedente autorizzazione;
    - del regolamento interno di funzionamento della struttura;
    - dei requisiti strutturali e gestionali precedenti;
- (in caso contrario, specificare quali variazioni sono intervenute e produrre la documentazione atta a dimostrare la conformità alle norme vigenti per la tipologia di struttura);
- autocertificazione circa l'assenza di condanne penali in capo al richiedente l'autorizzazione ovvero l'elenco delle stesse e di eventuali riabilitazioni;
  - autocertificazione circa l'inesistenza di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato, preventivo o di amministrazione controllata ovvero l'elenco di essi e di eventuali riabilitazioni;
  - autocertificazione ai sensi dell'art. 89 del D. Lgv. N. 159 del 6/9/2011 circa l'inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 dello stesso Decreto Legislativo (disposizioni antimafia).

*Le autocertificazioni devono essere rese ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 e devono espressamente riportare la dizione "consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000"*

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"):** "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

data \_\_\_\_\_ firma (per esteso) \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO**

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità nr. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il dipendente addetto \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

*Il modulo si utilizza per comunicare all'Asl il cambio del Gestore della Struttura.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*Il legale rappresentante della struttura interessata*

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*La richiesta va presentata in modalità telematica attraverso il SUAP – sportello unico attività produttive-presente nei vari Comuni.*

*Il SUAP provvede a trasmettere la stessa al nostro indirizzo PEC: [dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it](mailto:dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it).*

*Per informazione e chiarimenti contattare la S.S.D. Attività di Vigilanza sulle Strutture Socio Assistenziali  
Corso Francia, 10 – 12100 Cuneo                      Tel.: 0171.450121              Fax: 0171.450120*

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

*Il provvedimento amministrativo di autorizzazione verrà inviato al SUAP tramite P.E.C. o con raccomandata A/R (in caso di problemi nell'invio telematico)*

**TEMPO DI RISPOSTA:** 90 giorni

Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it).

### **RIFERIMENTI:**

S.S.D. Attività di Vigilanza sulle Strutture Socio Assistenziali  
Corso Francia, 10 – 12100 Cuneo

Tel.: 0171.450121      Fax: 0171.450120

E-mail:[vigilanza.strutture socioassistenziali@aslcn1.it](mailto:vigilanza.strutture socioassistenziali@aslcn1.it)