

**REGIONE LAZIO**  
**DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**  
**Richiesta parere preventivo di compatibilità**  
**(L.R. n. 4/2003; R.R. n. 20/2019)**

**Al Direttore della Direzione**  
**Salute e Integrazione Socio Sanitaria**  
**REGIONE LAZIO**  
PEC: [autorizzazione-accREDITAMENTO@regione.lazio.legalmail.it](mailto:autorizzazione-accREDITAMENTO@regione.lazio.legalmail.it)  
PEC: [reteospedaliera@regione.lazio.legalmail.it](mailto:reteospedaliera@regione.lazio.legalmail.it)  
PEC: [reteterritorio@regione.lazio.legalmail.it](mailto:reteterritorio@regione.lazio.legalmail.it)

OGGETTO: Richiesta di parere preventivo obbligatorio e vincolante ex art. 6, comma 1 quinquies legge regionale n. 4/2003, come modificata dalla LR n. 14/2021 (art. 31, comma 1), lett. b)) e R.R. 20/2019 e s.m.i.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, in qualità di titolare  
dello \_\_\_\_\_  
sito in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_, int. \_\_\_\_\_,

**RICHIEDE IL PARERE PREVENTIVO DI COMPATIBILITÀ**

per:

- APERTURA (art. 2, comma 1 lett. a) R.R. 20/2019)
- AMPLIAMENTO (art. 2, comma 1 lett. b) R.R. 20/2019)
- TRASFORMAZIONE (art. 2, comma 1 lett. c) R.R. 20/2019)
- TRASFERIMENTO DI SEDE (art. 2, comma 1 lett. d) R.R. 20/2019)
- VARIAZIONE ATTIVITÀ (art. 2, comma 1 lett. e) R.R. 20/2019)
- RIMODULAZIONE ATTIVITÀ (art. 2, comma 1 lett. f) R.R. 20/2019)

**DELLA SOTTOINDICATA STRUTTURA:**

denominazione: \_\_\_\_\_  
sita in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
ASL territorialmente competente \_\_\_\_\_

**PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE  
E/O SOCIO-SANITARIE SOTTOSPECIFICATE**

Attività di ricovero ospedaliero in acuzie e/o post acuzie a ciclo continuativo e/o diurno per le discipline di:

<b>Codice disciplina ospedaliera</b>	<b>Descrizione disciplina ospedaliera</b>	<b>Ordinario PL<sup>1</sup></b>	<b>Diurno PL</b>
01	Allergologia		
05	Angiologia		
06	Cardiochirurgia pediatrica		
07	Cardiochirurgia		
08	Cardiologia		
09	Chirurgia generale		
10	Chirurgia maxillo facciale		
11	Chirurgia pediatrica		
12	Chirurgia plastica		
13	Chirurgia toracica		
14	Chirurgia vascolare		
15	Medicina sportiva		
18	Ematologia		
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione		
20	Immunologia		
21	Geriatria		
24	Malattie infettive e tropicali		
25	Medicina del lavoro		
26	Medicina generale		
27	Medicina legale		

<sup>1</sup> Inserire numero posti letto

<b>Codice disciplina ospedaliera</b>	<b>Descrizione disciplina ospedaliera</b>	<b>Ordinario PL<sup>2</sup></b>	<b>Diurno PL</b>
28	Unità spinale		
29	Nefrologia		
30	Neurochirurgia		
31	Nido		
32	Neurologia		
33	Neuropsichiatria infantile		
34	Oculistica		
35	Odontoiatria e stomatologia		
36	Ortopedia e traumatologia		
37	Ostetricia e ginecologia		
38	Otorinolaringoiatria		
39	Pediatria		
40	Psichiatria		
41	Medicina termale		
43	Urologia		
46	Grandi ustioni pediatriche		
47	Grandi ustioni		
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)		
49	Terapia intensiva		
50	Unità coronarica ó UTIC		
51	Astanteria		
52	Dermatologia		
54	Emodialisi		
56	Recupero e riabilitazione funzionale		
57	Fisiopatologia della riproduzione umana		

---

<sup>2</sup> Inserire numero posti letto

<b>Codice disciplina ospedaliera</b>	<b>Descrizione disciplina ospedaliera</b>	<b>Ordinario PL</b>	<b>Diurno PL</b>
58	Gastroenterologia		
60	Lungodegenti		
61	Medicina nucleare		
62	Neonatologia		
64	Oncologia		
65	Oncoematologia pediatrica		
66	Oncoematologia		
68	Pneumologia		
70	Radioterapia		
71	Reumatologia		
73	Terapia intensiva neonatale		
74	Radioterapia oncologica		
75	Neuro ó riabilitazione		
76	Neurochirurgia pediatrica		
77	Nefrologia pediatrica		
78	Urologia pediatrica		
96	Terapia del dolore		

Attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale ivi compresa diagnostica strumentale e di laboratorio nelle branche sottospecificate:

<b>Codice branca specialistica</b>	<b>Descrizione branca specialistica</b>	<b>Istanza<sup>3</sup></b>
00	Laboratorio Analisi	
01	Allergologia	
02	Anestesia	
05	Angiologia	
06	Cardiochirurgia pediatrica	
07	Cardiochirurgia	

<sup>3</sup> Barrare la casella relativa alla branca per la quale si presenta istanza di autorizzazione

<b>Codice branca specialistica</b>	<b>Descrizione branca specialistica</b>	<b>Istanza<sup>3</sup></b>
08	Cardiologia	
09	Chirurgia generale	
10	Chirurgia maxillo facciale	
11	Chirurgia pediatrica	
12	Chirurgia plastica	
13	Chirurgia toracica	
14	Chirurgia vascolare	
15	Medicina sportiva	
18	Ematologia	
19	Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione	
20	Immunologia	
21	Geriatrics	
24	Malattie infettive e tropicali	
25	Medicina del lavoro	
26	Medicina generale	
27	Medicina legale	
29	Nefrologia	
30	Neurochirurgia	
32	Neurologia	
33	Neuropsichiatria infantile	
34	Oculistica	
35	Odontoiatria e stomatologia	
36	Ortopedia e traumatologia	
37	Ostetricia e ginecologia	
38	Otorinolaringoiatria	
39	Pediatria	
40	Psichiatria	
43	Urologia	
52	Dermatologia	
56	Recupero e riabilitazione funzionale	
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	
58	Gastroenterologia	
61	Diagnostica per immagini - Medicina nucleare	
62	Neonatologia	
64	Oncologia	
65	Oncoematologia pediatrica	
66	Oncoematologia	
68	Pneumologia	
69	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	
70	Radioterapia	
71	Reumatologia	
74	Radioterapia oncologica	
76	Neurochirurgia pediatrica	
77	Nefrologia pediatrica	

<b>Codice branca specialistica</b>	<b>Descrizione branca specialistica</b>	<b>Istanza<sup>3</sup></b>
78	Urologia pediatrica	
79	Diagnostica per immagini - Risonanza Magnetica	
* nel caso si richieda l'autorizzazione per attività sanitaria medica non ricompresa nelle branche sopra riportate indicare la specializzazione medica <sup>4</sup>		
	<b>Descrizione specializzazione medica</b>	<b>Istanza</b>

Presidio di dialisi (specificare tipologia)

---



---



---

Presidio di chirurgia ambulatoriale (specificare tipologia e indicare le branche specialistiche con relativo codice)

---



---



---



---



---

Stabilimento termale

---



---



---

ALTRO:

---



---



---

Attività di assistenza territoriale extra-ospedaliera in regime residenziale e/o semiresidenziale e/o ambulatoriale (es. psichiatrica, assistenza a persone non autosufficienti anche anziane, disabilità fisica psichica e sensoriale, dipendenze, hospice), per le attività sottospecificate (in caso di istanza

---

<sup>4</sup> Per la descrizione della specializzazione medica fare riferimento alla tabella B del DM 30 gennaio 1998

per attività in regime residenziale e/o semiresidenziale indicare il numero di posti ed il livello assistenziale):

---

---

---

---

---

---

---

---

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità, anche penali, previste per il caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA<sup>5</sup>**

altresì, che la struttura sarà oggetto di interventi edilizi soggetti a:

- A.  **SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)** ai sensi degli articoli 22 e ss. del DPR 380/2001;
- B.  **COMUNICAZIONE DI INIZIO LAVORI ASSEVERATA (CILA)** ai sensi dell'articolo 6 bis del DPR 380/2001;
- C.  **EDILIZIA LIBERA**, ai sensi dell'art. 6 DPR 380/2001 e ss.mm.ii.

### **ALLEGA**

Ai sensi dell'art. 4, comma 1 del R.R. n. 20/2019:

1. una relazione in cui sono descritte le caratteristiche sanitarie, le finalità, i risultati attesi ed i tempi di attivazione della struttura;
2. il progetto con indicazione delle misure previste per il rispetto dei requisiti minimi prescritti dal provvedimento di cui all'art. 5, comma 1, lettera a), della L.R. n. 4/03 e s.m.i.;
3. il progetto con indicazione delle misure previste per il rispetto dei requisiti ulteriori di accreditamento di cui all'art. 13, comma 1 della L.R. n. 4/03 e s.m.i. (solo in caso di struttura pubblica);

### **SI IMPEGNA**

A fornire ogni altra informazione e documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti per l'autorizzazione delle attività/prestazioni richieste, ai sensi della normativa vigente.

### **AUTORIZZA**

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018<sup>6</sup>, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

---

<sup>5</sup> La dichiarazione deve essere resa dal legale rappresentante o da ciascun legale rappresentante, se più di uno.

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del Trattamento: Regione Lazio (Direzione regionale salute)

Indirizzo Via R. Raimondi Garibaldi, 7 00145 Roma

mail/PEC: autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

Finalità del trattamento. Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici, ivi compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Destinatari dei dati. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), organi di controllo e Aziende sanitarie.

Responsabile del trattamento: funzionario responsabile del procedimento e dirigente

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha inoltre il diritto alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte alla Regione Lazio.

Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo mail autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (barrare la casella).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato

**IL RICHIEDENTE**

Allega documento di riconoscimento in corso di validità.

---

<sup>6</sup> DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101 : «Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). (GU Serie Generale n.205 del 04-09-2018)