



Gestione domande

Si fa login accedendo con l'utente Operatore Titolare (cliccando su Accedi come Operatore di un titolare) e in particolare si seleziona Ospedale Poliedrico.

Creazione domanda

Nel menu a sinistra si fa click su Inserimento nuova domanda:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditemento Admin Admin

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda**
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

FASCICOLO DEL TITOLARE: OSPEDALE POLIEDRICO

Elenco Fascicoli Pag 1 di 1

Stato/Procedimento ---scegli lo stato--- ---seleziona procedimento---

Data creazione da a

Data invio domanda da a

Data conclusione da a

Pulisci Applica filtri

Tipo	Numero Procedimento	Oggetto	Data Creazione	Data invio Domanda	Data Conclusione	Stato Domanda
		Ospedale poliedrico	22/11/2021			
		Atti	22/11/2021			
	4/2022	Autorizzazione all'esercizio	20/01/2022	20/01/2022	20/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	5/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	21/01/2022	21/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	6/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	10/02/2022		FASE ISTRUTTORIA
	7/2022	Autorizzazione all'esercizio	12/04/2022	12/04/2022		GESTIONE DELLE VERIFICHE INSERIMENTO VERIFICHE

Dopo che si è aperta la schermata, si seleziona il tipo di procedimento/ flusso dal menu a tendina, in particolare si seleziona Autorizzazione all'esercizio:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditemento Admin Admin

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda**
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

UNITÀ DI OFFERTA PER IL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Creazione Domanda Titolare Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta

Elenco UDO

Codice Ente

Denominazione

Tipo Udo

Disciplina Branca

Sede Operativa Unità Operativa

Direttore

Codice Univoco

Applica filtri Pulisci

	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")
☒	UO Ospedale poliedrico					
☐	732-10762	12345	prova udo RTI 4	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	Detenuti	
☐	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	GRANDI USTIONI	

Si seleziona con la spunta la domanda di offerta di interesse (in questo caso prova UD RTI8):



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

UNITÀ DI OFFERTA PER IL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio

Creazione Domanda Titolare

Sono state selezionate: 1 Unità Operative 1 Unità di Offerta

Elenco UDO

Codice Ente

Denominazione

Tipo Udo

Disciplina Branca

Sede Operativa Unità Operativa

Direttore

Codice Univoco

☐	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")
☒	UO Ospedale poliedrico					
☐	732-10762	12345	prova udo RTI 4	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	Detenuti	
☒	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	GRANDI USTIONI	

Si clicca sul pulsante in alto denominato Creazione Domanda Titolare:

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

UNITÀ DI OFFERTA PER IL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio

Creazione Domanda Titolare

Sono state selezionate: 1 Unità Operative 1 Unità di Offerta

Elenco UDO

Codice Ente

Denominazione

Tipo Udo

Disciplina Branca

Sede Operativa Unità Operativa

Direttore

Codice Univoco

☐	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")
☒	UO Ospedale poliedrico					
☐	732-10762	12345	prova udo RTI 4	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	Detenuti	
☒	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	GRANDI USTIONI	

Compare una finestra di conferma dell'operazione su cui verrà cliccato su OK:

test-autac.regione.marche.it dice

Procedere con l'operazione?

A questo punto si apre la schermata della domanda:

MENU
 Home
 Domande con azioni da eseguire
 Inserimento nuova domanda
 Torna alla sezione anagrafica
 Logout

Ricerca su tutti i requisiti
 Id univoco REQ
 Tipo requisito
 Testo requisito
 Denominazione UO/UDO
 Tipologia UDO
 Edificio
 Blocco
 Piano
 Progressivo
 Sede Operativa
 Assegnazione
 Scheda Requisiti
 note
 Verificatore
 Valutazione Verificatore
 Note Verificatore
 Senza risposta
 Non assegnati
 Senza risposta verificatore
 Non assegnati verifica

Assegna tutti i selezionati
 UO
 Persona
 Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO
Autorizzazione all'esercizio
 Data creazione 21/04/2022
 Numero Procedimento
 Data invio Domanda
 Data conclusione
 Stato BOZZA
 Nessun allegato presente
 Aggiungi Udo/Uo Elimina Udo/Uo selezionate
 Elimina la domanda
 Annotazione
 Inserisci annotazione
 * Oggetto
 ---seleziona tipo allegato--- Carica allegato

UNITÀ DI OFFERTA
 Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]
 Codice Ente
 Denominazione
 Tipo Udo
 Disciplina
 Area Discipline
 Classificazione UDO
 Sede Operativa
 Edificio
 Piano
 Direttore
 Codice Univoco
 Scadenza da
 Mostra solo con RS
 Area vasta
 Ordinarmento
 Gerarchico

☐	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
☐	Requisiti Generali						Scheda Requisiti		
☐	UO Ospedale poliedrico								

Inserimento requisiti generali

Per prima cosa è necessario andare ad inserire i requisiti cliccando sul pulsante Scheda Requisiti della voce Requisiti Generali:

UNITÀ DI OFFERTA
 Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente
 Denominazione
 Tipo Udo
 Disciplina
 Area Discipline
 Classificazione UDO
 Sede Operativa
 Edificio
 Piano
 Direttore
 Codice Univoco
 Scadenza da
 Mostra solo con RS
 Area vasta
 Ordinarmento
 Gerarchico

☐	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
☐	Requisiti Generali						Scheda Requisiti		
☐	UO Ospedale poliedrico								
☐	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI	47 - GRANDI USTIONI		Scheda Requisiti		

E' possibile rispondere si o no singolarmente su ogni singolo requisito tramite il menu a tendina posizionato nella colonna Risposta



della tabella:

Rispondi a tutti i selezionati

Applica

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No'

Filtra

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Pulisci

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Applica

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note

Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

Salva

Salva e torna

Torna

Esporta in csv

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti

Pag 1 di 1

Requisiti Generali													
☐	Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
☐	OSPT.01	spazi per attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, per accettazione ed attività amministrative anche in comune fra più attività sanitarie opportunamente dimensionate		Sì			No						
☐	OSPT.02	pareti e pavimenti delle camere di degenza e dei locali visita, medicazioni, indagini strumentali rivestiti o trattati con materiali ignifughi, lavabili, disinfettabili, con superfici lisce e raccordo arrotondato al pavimento*, con caratteristiche antisdrucciolo e resistenti agli agenti fisici e chimici * Nota : obbligatorio nei locali di nuova costruzione; nei locali già in essere esiste evidenza di raccordo arrotondato nelle ristrutturazioni in programma					No						
☐	OSPT.03	locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server					No						
☐	OSPT.04	un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie					No						
☐	OSPT.05	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)					No						
☐	OSPT.06	armadi, carrelli e apparecchiature facilmente lavabili e disinfettabili che garantiscono la conservazione in sicurezza ed integrità dei farmaci, dei dispositivi medici e delle apparecchiature					No						
☐	OSPT.07	unità radiologica portatile per grafia					No						

Pag 1 di 1

Oppure è possibile selezionare tutti i requisiti in modo massivo, aspettando che l'applicativo carichi il flag su ogni requisito, e selezionare in alto a sinistra la risposta sì e cliccare sul pulsante Applica:



Rispondi a tutti i selezionati

Si

Applica

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No'

Filtra

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Pulisci

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Applica

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note

Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

Salva

Salva e torna

Torna

Esporta in csv

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti

Pag 1 di 1

Requisiti Generali

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
☒ OSPT.01	spazi per attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, per accettazione ed attività amministrative anche in comune fra più attività sanitarie opportunamente dimensionate					No						
☒ OSPT.02	pareti e pavimenti delle camere di degenza e dei locali visita, medicazioni, indagini strumentali rivestiti o trattati con materiali ignifughi, lavabili, disinfettabili, con superfici lisce e raccordo arrotondato al pavimento*, con caratteristiche antisdrucolo e resistenti agli agenti fisici e chimici * Nota : obbligatorio nei locali di nuova costruzione; nei locali già in essere esiste evidenza di raccordo arrotondato nelle ristrutturazioni in programma					No						
☒ OSPT.03	locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server					No						
☒ OSPT.04	un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie					No						
☒ OSPT.05	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)					No						
☒ OSPT.06	armadi, carrelli e apparecchiature facilmente lavabili e disinfettabili che garantiscono la conservazione in sicurezza ed integrità dei farmaci, dei dispositivi medici e delle apparecchiature					No						
☒ OSPT.07	unità radiologica portatile per grafia					No						

Pag 1 di 1

Ora ci spostiamo in basso a sinistra e facciamo click sul pulsante Salva e torna, questo fa sì che l'applicativo salvi tutte le risposte ai requisiti e ci riporti alla pagina della domanda:



Rispondi a tutti i selezionati

Si

Applica

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No'

Filtra

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Pulisci

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Applica

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note

Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

Salva

Salva e torna

Torna

Esporta in csv

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti

Pag 1 di 1

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
☒	OSPT.01	spazi per attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, per accettazione ed attività amministrative anche in comune fra più attività sanitarie opportunamente dimensionate	Si			No						
☒	OSPT.02	pareti e pavimenti delle camere di degenza e dei locali visita, medicazioni, indagini strumentali rivestiti o trattati con materiali ignifughi, lavabili, disinfettabili, con superfici lisce e raccordo arrotondato al pavimento*, con caratteristiche antisdruciuolo e resistenti agli agenti fisici e chimici * Nota : obbligatorio nei locali di nuova costruzione; nei locali già in essere esiste evidenza di raccordo arrotondato nelle ristrutturazioni in programma	Si			No						
☒	OSPT.03	locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server	Si			No						
☒	OSPT.04	un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie	Si			No						
☒	OSPT.05	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)	Si			No						
☒	OSPT.06	armadi, carrelli e apparecchiature facilmente lavabili e disinfettabili che garantiscono la conservazione in sicurezza ed integrità dei farmaci, dei dispositivi medici e delle apparecchiature	Si			No						
☒	OSPT.07	unità radiologica portatile per grafia	Si			No						

Pag 1 di 1

Inserimento requisiti UDO

E' possibile fare la stessa operazione sulla UDO.

Per prima cosa è necessario andare ad inserire i requisiti cliccando sul pulsante Scheda Requisiti della riga dell'UDO:

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente

Denominazione

Tipo Udo

Disciplina

Area Discipline

Classificazione UDO

Sede Operativa

Edificio

Piano

Direttore

Codice Univoco

Scadenza da

Mostra solo con RS

Area vasta

Ordinamento

Applica filtri

Pulisci

	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
☐	Requisiti Generali						Scheda Requisiti		
☐	UO Ospedale poliedrico								
☐	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI	47 - GRANDI USTIONI		Scheda Requisiti		

E' possibile rispondere si o no singolarmente su ogni singolo requisito tramite il menu a tendina posizionato nella colonna Risposta della tabella:



Rispondi a tutti i selezionati

Applica

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No'

Filtra

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Pulisci

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Applica

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note

Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

Salva

Salva e torna

Torna

Esporta in csv

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti

Pag 1 di 1

Sede Operativa

SO Ospedale poliedrico

Unità Organizzativa

UO Ospedale poliedrico

Unità di Offerta

732-39390

prova udo RTI 8

STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI

Disciplina-Ambito/Branca

B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI

Fattori produttivi

Indirizzo interno

Edificio: 001 - Ala est

Blocco: 14

Piano: 2

Progressivo: 678

☐	Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
☐	RTI.01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq		Si			No						
☐	RTI.02	La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto					No						
☐	RTI.03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati					No						
☐	RTI.04	una zona filtro					No						
☐	RTI.05	un locale medici					No						
☐	RTI.06	un locale lavoro infermieri					No						
☐	RTI.07	servizi igienici per il personale					No						
☐	RTI.08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e					No						

Pag 1 di 1

Oppure è possibile selezionare tutti i requisiti in modo massivo, aspettando che l'applicativo carichi il flag su ogni requisito, e selezionare in alto a sinistra la risposta sì e cliccare sul pulsante Applica:



Rispondi a tutti i selezionati

Si

Applica

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No'

Filtra

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Pulisci

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Applica

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note

Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

Salva

Salva e torna

Torna

Esporta in csv

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti

Pag 1 di 1

Sede Operativa

SO Ospedale poliedrico

Unità Organizzativa

UO Ospedale poliedrico

Unità di Offerta

732-39390

prova udo RTI 8

STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI

Disciplina-Ambito/Branca

B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI

Fattori produttivi

Indirizzo interno

Edificio: 001 - Ala est

Blocco: 14

Piano: 2

Progressivo: 678

☒	Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
☒	RTL.01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq					No						
☒	RTL.02	La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto					No						
☒	RTL.03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati					No						
☒	RTL.04	una zona filtro					No						
☒	RTL.05	un locale medici					No						
☒	RTL.06	un locale lavoro infermieri					No						
☒	RTL.07	servizi igienici per il personale					No						
☒	RTL.08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e					No						

Pag 1 di 1

Ora ci spostiamo in basso a sinistra e facciamo click sul pulsante Salva e torna, questo fa sì che l'applicativo salvi tutte le risposte ai requisiti e ci riporti alla pagina della domanda:



Rispondi a tutti i selezionati

Si

Applica

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No'

Filtro

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Pulisci

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Applica

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note

Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

Salva

Salva e torna

Torna

Esporta in csv

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti

Pag 1 di 1

Sede Operativa

SO Ospedale poliedrico

Unità Organizzativa

UO Ospedale poliedrico

Unità di Offerta

732-39390

prova udo RTI 8

STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI

Disciplina-Ambito/Branca

B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI

Fattori produttivi

Indirizzo interno

Edificio: 001 - Ala est

Blocco: 14

Piano: 2

Progressivo: 678

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
☒	RTL01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq	Si			No						
☒	RTL02	La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto	Si			No						
☒	RTL03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati	Si			No						
☒	RTL04	una zona filtro	Si			No						
☒	RTL05	un locale medici	Si			No						
☒	RTL06	un locale lavoro infermieri	Si			No						
☒	RTL07	servizi igienici per il personale	Si			No						
☒	RTL08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e	Si			No						

Pag 1 di 1

Nella pagina della domanda, nella tabella, l'icona verde a destra del pulsante Scheda Requisiti indica che a tutti i requisiti è stata data una risposta:

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente

Denominazione

Tipo Udo

Disciplina

Area Discipline

Classificazione UDO

Sede Operativa

Edificio

Piano

Direttore

Codice Univoco

Scadenza da

Mostra solo con RS

Area vasta

Applica filtri

Pulisci

Ordinamento

Gerarchico

	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
☒	Requisiti Generali						Scheda Requisiti		
☒	UO Ospedale poliedrico								
☒	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI	47 - GRANDI USTIONI		Scheda Requisiti		

Presentazione domanda

Se non sono presenti allegati, l'applicativo ci avvisa tramite la notifica "Nessun allegato presente" (che visivamente sostituisce il pulsante Invia la domanda):



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio

Fascicolo 1 di 1

Data creazione21/04/2022

Numero Procedimento

Data invio Domanda

Data conclusione

StatoBOZZA

☒ Nessun allegato presente

Aggiungi Udo/Uo

Elimina Udo/Uo selezionate

Elimina la domanda

Annotazione

Inserisci annotazione

* Oggetto

---seleziona tipo allegato---

Carica allegato

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente

Denominazione

Tipo Udo

Disciplina

Area Discipline

Classificazione UDO

Sede Operativa

Edificio

Piano

Direttore

Codice Univoco

Scadenza da

Mostra solo con RS

Area vasta

Ordinamento

Gerarchico

☐	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
☒	Requisiti Generali						Scheda Requisiti		
☐	UO Ospedale poliedrico								

Per presentare la domanda è prima necessario inserire gli allegati.

Inseriamo tutti gli allegati dalla voce Oggetto, selezionando il tipo di allegato dal menu a tendina e cliccando su Carica allegato:

MENU
Home
Domande con azioni da eseguire
Inserimento nuova domanda
Torna alla sezione anagrafica
Logout

Ricerca su tutti i requisiti
Id univoco REQ
Tipo requisito
Testo requisito
Denominazione UO/UDO
Tipologia UDO
Edificio
Blocco
Piano
Progressivo
Sede Operativa
Assegnazione
Scheda Requisiti
note
Verificatore
Valutazione Verificatore
Note Verificatore
Senza risposta
Non assegnati
Senza risposta verificatore
Non assegnati verifica
Applica filtri

Assegna tutti i selezionati
UO
Persona
Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO
Autorizzazione all'esercizio
Fascicolo 1 di 1
Data creazione: 21/04/2022
Numero Procedimento
Data invio Domanda
Data conclusione
Stato: BOZZA
Nessun allegato presente
Aggiungi Udo/Uo
Elimina Udo/Uo selezionate
Elimina la domanda
Annotazione
Inserisci annotazione
* Oggetto
---seleziona tipo allegato---
Carica allegato
UNITÀ DI OFFERTA
Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]
Codice Ente
Denominazione
Tipo Udo
Disciplina
Area Discipline
Classificazione UDO
Sede Operativa
Edificio
Piano
Direttore
Codice Univoco
Scadenza da
Mostra solo con RS
Area vasta
Ordinamento: Gerarchico
Codice Univoco
Codice ORPS
Denominazione
Tipologia UDO
Discipline/Ambiti
Branche Attività (cod "spe")
Requisiti
Esito
Azioni
Requisiti Generali
Scheda Requisiti
UO Generale poliedrico

Una volta caricati tutti gli allegati, è necessario inserire il modello.

Prima di inserire il modello, bisogna effettuarne il download dall'applicativo, in quanto si tratta di un modello precompilato.

Per farlo si fa click sul pulsante Genera Mod. Aut. 2:



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio

Fascicolo 7 di 7

Data creazione21/04/2022

Numero Procedimento

Data invio Domanda

Data conclusione

StatoBOZZA

Genera Mod. Aut. 2

Nessun modello trovato

Aggiungi Udo/Uo

Elimina Udo/Uo selezionate

Elimina la domanda

Annotazione

Inserisci annotazione

* Oggetto

---selezione tipo allegato---

Carica allegato

Documenti allegati alla domanda

☒ Documento Identità

☒ Copia versamento bollo digitale o esenzione

☒ Planimetria

☒ Attestazione versamento diritti di segreteria

☒ Schede del manuale regionale di autorizzazione

☒ Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato

☐ Mod. Aut. 2

☐ Mod. Aut. 2 - AMB

☐ Mod. Aut. 2 - 9

☐ Lettera di trasmissione domanda

☐ Lettera di trasmissione

☐ Relazione conclusiva

☐ Decreto

☐ Lettera di comunicazione di Avviso Istruttoria

☐ Lettera richiesta integrazioni

☐ Lettera integrazione documentazione

☐ Notifica costituzione gruppo valutatori

☐ Verbale visita verifica

☐ Verbale

☐ Lettera di assolvimento prescrizioni

☐ Rapporto di Verifica

☐ Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Documento Identità	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	✖
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	✖
Planimetria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	✖
Attestazione versamento diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	✖
Schede del manuale regionale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	✖
Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	✖

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente

Denominazione

Tipo Udo

Disciplina

Area Discipline

Branca

Dopo aver eseguito il download del modello, si compila nelle parti che non sono già state precompilate, si firma digitalmente e si ricarica sull'applicativo:



Estremi della marca da Bollo
Marca da bollo
Timbro Esenzione

Al SUAP del Comune di

ANCONA

CHIEDE

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL' AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO O DIURNO PER ACUTI, AI SENSI DELL'ART 9 DELLA L.R. 21/2016.

la sottoscritta

Cognome Nome
Nato/a il 24/11/1940
residente in
in Via/Piazza
CFISC
cellulare email

nella sua qualita' di:

☐ Libero Professionista

☐ P.IVA eMail PEC

☐ Titolare di Azienda Individuale

☐ Legale Rappresentante

Del Soggetto Giuridico di seguito individuato

Ragione Sociale Ospedale poliedrico
Indirizzo Sede Legale Via Strambilla N° 6
Forma Giuridica Azienda ospedaliera
Comune di ANCONA CAP 60124
P.IVA 63587697989
eMail PEC email cellulare 23456
telefono 2345

il rilascio dell' Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria

nella struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti
denominata prova udo RTI 8 - SF Ospedale poliedrico
con sede nel comune ANCONA
indirizzo sede Parco Belli 9 60124 ANCONA AN
tipologia struttura STROKE UNIT (1 LIVELLO - 11 LIVELLO) - 732 - RTI
specificare codice regolamento regionale
☐ in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno con un numero di posti letto pari a:

COMUNICA

☐ di non essere in possesso, per la struttura in oggetto, delle autorizzazioni all'esercizio ai sensi della LR 20/2000

☐ di essere in possesso, per la struttura denominata prova udo RTI 8 - SF Ospedale poliedrico delle autorizzazioni all'esercizio ai sensi della LR 20/2000

per la quale si allega copia

dell'autorizzazione

rilasciata il

dal comune

Al sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese sia dal Legale rappresentante che dal Direttore/Responsabile per quanto di competenza:

DICHIARA

☐ che la struttura

denominata SO Ospedale poliedrico
indirizzo sede Parco Belli 9 60124 ANCONA AN
foglio catastale
particella
subparticella
e' stata realizzata in conformita' ai progetti approvati in sede di autorizzazione alla realizzazione e rispetta i requisiti minimi del manuale regionale di autorizzazione
rilasciata in data protocollo

☐ che la struttura(*)

denominata SO Ospedale poliedrico
indirizzo sede Parco Belli 9 60124 ANCONA AN
foglio catastale
particella
subparticella
rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed e' dotata dei requisiti minimi di cui al manuale regionale;

(*) da compilare per le sole strutture di cui all'art 7 comma 2 della L.R. 21/2016 non soggette al preventivo rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione;

per l'immobile e' gia' stato rilasciato il certificato di agibilità/presentata la segnalazione certificata di agibilità
rilasciata in data protocollo

☐ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159;

☐ di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

☐ che la direzione sanitaria è affidata a

per la struttura denominata SO Ospedale poliedrico
Dottore/ssa
Cod.Fisc.
nato a il
laureato in
presso l'universita'
specializzato in
iscritto all'ordine dei
Provincia

☐ il quale ha accettato l'incarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che:

- ☒ i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti;
- ☒ non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione;
- ☒ l'assenza di situazioni di incompatibilità del Direttore Sanitario di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

Data 21/04/2022 Firma Del Titolare

Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario

Allegati Obbligatori

- ☒ copia del documento di identità di tutti i dichiaranti
- ☒ attestazione versamento diritti di segreteria
- ☒ schede del manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario datate (tutte le pagine)
- ☒ planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal tecnico abilitato
- ☒ Inoltre, per le strutture di cui all'art. 7 comma 2 non soggette ad autorizzazione alla realizzazione di cui all'art. 8 deve essere allegata la relazione tecnico sanitaria datata e sottoscritta dal tecnico abilitato
- ☒ Per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 38 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.



Il modello firmato deve essere ricaricato dalla sezione Oggetto degli allegati, inserendo la denominazione e la tipologia di allegato ed ricaricandolo tramite click sul pulsante Carica allegato:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accredimento

Admin Admin

MENU

Home
Domande con azioni da eseguire
Inserimento nuova domanda
Torna alla sezione anagrafica
Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio

Fascicolo 7 di 7

Data creazione
21/04/2022

Numero Procedimento

Data invio Domanda

Data conclusione

Stato
BOZZA

Genera Mod. Aut. 2

Nessun modello trovato

Aggiungi Udo/Uo

Elimina Udo/Uo selezionate

Elimina la domanda

Annotazione

Inserisci annotazione

* Oggetto

Mod. Aut. 2

Mod. Aut. 2

Carica allegato

Documenti allegati alla domanda

☒ Documento Identità

☒ Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato

☐ Mod. Aut. 2

☐ Mod. Aut. 2 - AMB

☒ Planimetria

☒ Attestazione versamento diritti di segreteria

☒ Schede del manuale regionale di autorizzazione

☒ Relazione tecnico sanitario datata tecnico abilitato

☐ Mod. Aut. 2 - 9

☐ Lettera di trasmissione domanda

☐ Lettera di trasmissione

☐ Relazione conclusiva

☐ Decreto

☐ Comunicazione di Avviso Istruttoria

☐ Lettera richiesta integrazioni

☐ Lettera integrazione documentazione

☐ Notifica costituzione gruppo valutatori

☐ Verbale visita verifica

☐ Verbale

☐ Lettera di assolvimento prescrizioni

☐ Rapporto di Verifica

☐ Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Documento Identità	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	✖
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	✖
Planimetria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	✖
Attestazione versamento diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	✖
Schede del manuale regionale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	✖
Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	✖

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente

Denominazione

Tipo Udo

Disciplina

Area Discipline

Branca

Compare la notifica “Esistono altre domande non concluse con le stesse UDO” nel caso in cui sono presenti le stesse UDO in altre domande il cui procedimento non è concluso e dunque la domanda non può essere inviata.



MENU
Home
Domande con azioni da eseguire
Inserimento nuova domanda
Torna alla sezione anagrafica
Logout

Ricerca su tutti i requisiti
Id univoco REQ
Tipo requisito
Testo requisito
Denominazione UO/UDO
Tipologia UDO
Edificio
Blocco
Piano
Progressivo
Sede Operativa
Assegnazione
Scheda Requisiti
note
Verificatore
Valutazione Verificatore
Note Verificatore
Senza risposta
Non assegnati
Senza risposta verificatore
Non assegnati verifica
Applica filtri

Assegna tutti i selezionati
UO
Persona
Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO
Autorizzazione all'esercizio
Fascicolo 7 di 7
Data creazione: 21/04/2022
Numero Procedimento
Data invio Domanda
Data conclusione
Stato: BOZZA
Esistono altre domande non concluse con le stesse UDO
Aggiungi Udo/Uo
Elimina Udo/Uo selezionate
Elimina la domanda
Annotazione
Inserisci annotazione
* Oggetto
---selezione tipo allegato---
Carica allegato
Documenti allegati alla domanda
☒ Documento Identità ☒ Copia versamento bollo digitale o esenzione ☒ Planimetria ☒ Attestazione versamento diritti di segreteria ☒ Schede del manuale regionale di autorizzazione ☒ Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato ☒ Mod. Aut. 2 ☐ Mod. Aut. 2 - AMB ☐ Mod. Aut. 2 - 9 ☐ Lettera di trasmissione domanda ☐ Lettera di trasmissione ☐ Relazione conclusiva ☐ Decreto ☐ Comunicazione di Avvio Istruttoria ☐ Lettera richiesta integrazioni ☐ Lettera integrazione documentazione ☐ Notifica costituzione gruppo valutatori ☐ Verbale visita verifica ☐ Verbale ☐ Lettera di assolvimento prescrizioni ☐ Rapporto di Verifica ☐ Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Mod. Aut. 2	ca-des.pdf.p7m	admin (OPERATORE_TITOLARE)	22/04/2022	ModAut2	✖
Documento Identità	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	✖
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	✖
Planimetria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	✖
Attestazione versamento diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	✖
Schede del manuale regionale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	✖
Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	✖

UNITÀ DI OFFERTA
Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]
Codice Ente
Denominazione
Tipo Udo
Disciplina
Area Discipline
Branca

Occorre quindi selezionare la UDO già in uso e poi fare clic su “elimina Udo/Uo selezionate” e se necessario poi aggiungere una nuova UDO tramite il pulsante “Aggiungi Udo/Uo”.

Compare il pulsante Invia la domanda:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accredimento Admin Admin

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Denominazione UO/UDO:

Tipologia UDO:

Edificio:

Blocco:

Piano:

Progressivo:

Sede Operativa:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta: ☐

Non assegnati: ☐

Senza risposta verificatore: ☐

Non assegnati verifica: ☐

Applica filtri

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 7 di 7

Data creazione: 21/04/2022

Numero Procedimento:

Data invio Domanda:

Data conclusione:

Stato: BOZZA

Invia la domanda

Aggiungi Udo/Uo Elimina Udo/Uo selezionate

Elimina la domanda

Annotazione:

Inserisci annotazione

* Oggetto:

---seleziona tipo allegato--- Carica allegato

Documenti allegati alla domanda

☒ Documento Identità ☒ Copia versamento bollo digitale o esenzione ☒ Planimetria ☒ Attestazione versamento diritti di segreteria ☒ Schede del manuale regionale di autorizzazione ☒ Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato ☒ Mod. Aut. 2 ☐ Mod. Aut. 2 - AMB ☐ Mod. Aut. 2 - 9 ☐ Lettera di trasmissione domanda ☐ Lettera di trasmissione ☐ Relazione conclusiva ☐ Decreto ☐ Comunicazione di Avvio Istruttoria ☐ Lettera richiesta integrazioni ☐ Lettera integrazione documentazione ☐ Notifica costituzione gruppo valutatori ☐ Verbale visita verifica ☐ Verbale ☐ Lettera di assolvimento prescrizioni ☐ Rapporto di Verifica ☐ Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Mod. Aut. 2	caes.pdf.p7m	admin (OPERATORE_TITOLARE)	22/04/2022	ModAut2	☒
Documento Identità	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	☒
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	☒
Planimetria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	☒
Attestazione versamento diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	☒
Schede del manuale regionale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	☒
Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	☒

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente:

Denominazione:

Tipo Udo:

Disciplina:

Branca:

Area Disciplinaria:

Cliccando su di esso compare la finestra di conferma a procedere su cui facciamo click su OK:

test-autac.regione.marche.it dice

Procedere con l'invio della domanda?

OK Annulla

A questo punto la domanda è stata inviata al Comune e lo stato passa da "Bozza" a "Fase Istruttoria":

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 1 di 1

Data creazione: 21/04/2022

Numero Procedimento: 8/2022

Data invio Domanda: 22/04/2022

Data conclusione:

Stato: FASE ISTRUTTORIA

Modifica documento per richiesta integrazioni

Si fa login accedendo con l'utente Operatore Titolare (cliccando su Accedi come Operatore di un titolare) e in particolare si seleziona Ospedale Poliedrico.

Nella schermata dei procedimenti, si seleziona la domanda di interesse, in particolare la domanda contrassegnata da Numero Procedimento 9/2022 che ora ha come stato della domanda "Richiesta di integrazione documenti":



MENU

Home
Domande con azioni da eseguire
Inserimento nuova domanda
Torna alla sezione anagrafica
Logout

FASCICOLO DEL TITOLARE: OSPEDALE POLIEDRICO

Elenco Fascicoli

Pag 1 di 1

Stato/Procedimento: ---scegli lo stato--- ---seleziona procedimento---

Data creazione da: a

Data invio domanda da: a

Data conclusione da: a

Tipo	Numero Procedimento	Oggetto	Data Creazione	Data invio Domanda	Data Conclusione	Stato Domanda
		Ospedale poliedrico	22/11/2021			
		Atti	22/11/2021			
	4/2022	Autorizzazione all'esercizio	20/01/2022	20/01/2022	20/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	5/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	21/01/2022	21/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	6/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	10/02/2022		FASE ISTRUTTORIA
	7/2022	Autorizzazione all'esercizio	12/04/2022	12/04/2022	23/06/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	8/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/04/2022	22/04/2022		FASE ISTRUTTORIA
		Autorizzazione all'esercizio	23/06/2022			BOZZA
	9/2022	Autorizzazione all'esercizio	23/06/2022	23/06/2022		RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Nella sezione Procedimento: AUT-ESER nella parte denominata Azioni da eseguire, facciamo click sull'icona "i" per verificare quale è il documento che è necessario andare ad integrare (vediamo che è il Copia versamento bollo digitale o esenzione):

Home

Domande con azioni da eseguire

Inserimento nuova domanda

Torna alla sezione anagrafica

Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

☐

Non assegnati

☐

Senza risposta verificatore

☐

Non assegnati verifica

☐

Applica filtri

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

Autorizzazione all'esercizio

Fascicolo 9 di 9

Data creazione

23/06/2022

Numero Procedimento

9/2022

Data invio Domanda

23/06/2022

Data conclusione

Stato

RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocolloazioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

☐ Documento Identità

☐ Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato

☐ Mod. Aut. 2

☐ Mod. Aut. 2 - AMB

☐ Mod. Aut. 2 - 9

☐ Planimetria

☐ Attestazione versamento diritti di segreteria

☐ Schede del manuale regionale di autorizzazione

☐ Relazione tecnico

☐ Lettera di trasmissione domanda

☐ Lettera di trasmissione

☐ Lettera di trasmissione conclusiva

☐ Decreto

☐ Lettera di

☐ Comunicazione di Avvio Istruttoria

☐ Lettera richiesta integrazioni

☐ Lettera integrazione documentazione

☐ Notifica costituzione gruppo valutatori

☐ Verbale visita verifica

☐ Verbale

☐ Lettera di assolvimento prescrizioni

☐ Rapporto di Verifica

☐ Altro

Oggetto

File

Operatore

Data

Tipo

Azioni

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da : admin

Iniziato il : 23/06/2022

Stato : Avviato

Mostra dati workflow

Mostra workflow

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocolloazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato
Protocolloazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato

Azioni da eseguire

Nome	Stato	Azioni
Richiesta Integrazioni	Pronto	Rilascia

Quindi nella sezione Documenti allegati alla domanda, selezioniamo con la spunta Copia versamento bollo digitale o esenzione:



MENU
Home
Domande con azioni da eseguire
Inserimento nuova domanda
Torna alla sezione anagrafica
Logout

Ricerca su tutti i requisiti
Id univoco REQ
Tipo requisito
Testo requisito
Denominazione UO/UDO
Tipologia UDO
Edificio
Blocco
Piano
Progressivo
Sede Operativa
Assegnazione
Scheda Requisiti
note
Verificatore
Valutazione Verificatore
Note Verificatore
Senza risposta
Non assegnati
Senza risposta verificatore
Non assegnati verifica
Applica filtri
Esporta selezione in pdf
Esporta la domanda in pdf
Esporta Udo in csv

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO
Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9
Data creazione 23/06/2022
Numero Procedimento 9/2022
Data invio Domanda 23/06/2022
Data conclusione
Stato RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI
Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocollozzazioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

☐ Documento Identità ☒ Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato ☐ Mod. Aut. 2 ☐ Mod. Aut. 2 - AMB ☐ Mod. Aut. 2 - 9 ☐ Planimetria ☐ Attestazione versamento diritti di segreteria ☐ Schede del manuale regionale di autorizzazione ☐ Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato ☐ Lettera di trasmissione domanda ☐ Lettera di trasmissione ☐ Relazione conclusiva ☐ Decreto ☐ Comunicazione di Avvio Istruttoria ☐ Lettera richiesta integrazioni ☐ Lettera integrazione documentazione ☐ Notifica costituzione gruppo valutatori ☐ Verbale visita verifica ☐ Verbale ☐ Lettera di assolvimento prescrizioni ☐ Rapporto di Verifica ☐ Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	23/06/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da : admin
Iniziato il : 23/06/2022
Stato : Avviato
Mostra dati workflow Mostra workflow

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato

Poi nella parte sottostante, nella colonna Azioni, facciamo click sull'icona della matita;



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta ☐

Non assegnati ☐

Senza risposta verificatore ☐

Non assegnati verifica ☐

Applica filtri

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9

Data creazione

Numero Procedimento

Data invio Domanda

Data conclusione

Stato

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocollozzazioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

☐ Documento Identità ☒ Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato ☐ Mod. Aut. 2 ☐ Mod. Aut. 2 - AMB ☐ Mod. Aut. 2 - 9 ☐ Planimetria ☐ Attestazione versamento diritti di segreteria ☐ Schede del manuale regionale di autorizzazione ☐ Relazione tecnico ☐ Lettera di trasmissione domanda ☐ Lettera di trasmissione ☐ Relazione conclusiva ☐ Decreto ☐ Lettera di comunicazione di Avvio Istruttoria ☐ Lettera richiesta integrazioni ☐ Lettera integrazione documentazione ☐ Notifica costituzione gruppo valutatori ☐ Verbale visita verifica ☐ Verbale ☐ Lettera di assolvimento prescrizioni ☐ Rapporto di Verifica ☐ Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	23/06/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	 

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da :

Iniziato il :

Stato :

Mostra dati workflow Mostra workflow

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato

Nella finestra che viene aperta facciamo click sul pulsante Sostituisci documento e carichiamo il documento con cui sostituire quello selezionato:



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta ☐

Non assegnati ☐

Senza risposta verificatore ☐

Non assegnati verifica ☐

Applica filtri

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9

Data creazione: 23/06/2022
Numero Procedimento: 9/2022
Data invio Domanda: 23/06/2022
Data conclusione:
Stato: RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocollo collazioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022		150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

MODIFICA DOCUMENTO

Oggetto: Copia versamento bollo digitale o esenzione
Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione
Sostituisci documento

☐ Documento Identità
☒ Sanitaria datata tecnico abilitato
☐ Comunicazione di Avvio Istruttoria
☐ Lettera richiesta integrazioni
☐ Rapporto di Verifica
☐ Altro

☐ Scheda del manuale regionale di autorizzazione
☐ Lettera di trasmissione
☐ Relazione conclusiva
☐ Decreto
☐ Relazione tecnico
☐ Verboale visita verifica
☐ Verbale
☐ Lettera di

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	23/06/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da: admin
Iniziato il: 23/06/2022
Stato: Avviato

Mostra dati workflow Mostra workflow

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollo collazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato
Protocollo collazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato

Re-invia la domanda facendo click sul pulsante Esegui della sezione Azioni da eseguire:

Home

Domande con azioni da eseguire

Inserimento nuova domanda

Torna alla sezione anagrafica

Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

☐

Non assegnati

☐

Senza risposta verificatore

☐

Non assegnati verifica

☐

Applica filtri

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

Autorizzazione all'esercizio

Fascicolo 9 di 9

Data creazione

23/06/2022

Numero Procedimento

9/2022

Data invio Domanda

23/06/2022

Data conclusione

Stato

RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocollezioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

☐ Documento Identità ☐ Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato ☐ Mod. Aut. 2 ☐ Mod. Aut. 2 - AMB ☐ Planimetria ☐ Attestazione versamento diritti di segreteria ☐ Schede del manuale regionale di autorizzazione ☐ Relazione tecnico ☐ Mod. Aut. 2 - 9 ☐ Lettera di trasmissione domanda ☐ Lettera di trasmissione ☐ Relazione conclusiva ☐ Decreto ☐ Comunicazione di Avvio Istruttoria ☐ Lettera richiesta integrazioni ☐ Lettera integrazione documentazione ☐ Notifica costituzione gruppo valutatori ☐ Verbale visita verifica ☐ Verbale ☐ Lettera di assolvimento prescrizioni ☐ Rapporto di Verifica ☐ Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]					
Iniziato da :	admin				
Iniziato il :	23/06/2022				
Stato :	Avviato				
Mostra dati workflow Mostra workflow					
Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato		
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato		
Protocolloazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato		
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato		
Protocolloazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato		
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato		
Nome	Stato	Azioni			
Richiesta Integrazioni	Pronto	Rilascia Esegui			

Nella finestra di Esecuzione attività che viene aperta, aggiungiamo una nota testuale nelle Note (nello screen mettere come testo delle note "nota di modifica"), e clicchiamo sul pulsante Invia domanda:



Invio integrazioni richieste

Dopo aver completato le modifiche richieste reinviare la domanda

Note *

Note di modifica

Oggetto documento 1

Documento 1

Nessun file selezionato

Oggetto documento 2

Documento 2

Nessun file selezionato

INVIA DOMANDA



La domanda è stata re-inviata:



MENU

Home
Domande con azioni da eseguire
Inserimento nuova domanda
Torna alla sezione anagrafica
Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ	
Tipo requisito	
Testo requisito	
Denominazione UO/UDO	
Tipologia UDO	
Edificio	
Blocco	
Piano	
Progressivo	
Sede Operativa	
Assegnazione	
Scheda Requisiti	
note	
Verificatore	
Valutazione Verificatore	
Note Verificatore	
Senza risposta	☐
Non assegnati	☐
Senza risposta verificatore	☐
Non assegnati verifica	☐

Applica filtri

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio

Fascicolo 1 di 1

Data creazione 23/06/2022
Numero Procedimento 9/2022
Data invio Domanda 23/06/2022
Data conclusione
Stato INVIATA

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	IN CORSO	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	IN CORSO	24/07/2022

Protocollozzazioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

☐ Documento Identità ☐ Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato ☐ Mod. Aut. 2 ☐ Mod. Aut. 2 - AMB ☐ Planimetria ☐ Attestazione versamento diritti di segreteria ☐ Schede del manuale regionale di autorizzazione ☐ Relazione tecnico ☐ Mod. Aut. 2 - 9 ☐ Lettera di trasmissione domanda ☐ Lettera di trasmissione ☐ Relazione conclusiva ☐ Decreto ☐ Comunicazione di Avvio Istruttoria ☐ Lettera richiesta integrazioni ☐ Lettera integrazione documentazione ☐ Notifica costituzione gruppo valutatori ☐ Verbale visita verifica ☐ Verbale ☐ Lettera di assolvimento prescrizioni ☐ Rapporto di Verifica ☐ Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
---------	------	-----------	------	------	--------

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da : admin
Iniziato il : 23/06/2022
Stato : Avviato

[Mostra dati workflow](#) [Mostra workflow](#)

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta Integrazioni	Admin Admin	27/06/2022 alle 10:56	Completato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato