



## 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<br>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

| <input type="checkbox"/> | Codice Univoco                | Codice ORPS | Denominazione   | Tipologia UDO                        | Discipline/Ambiti | Branche Attività (cod "spe") |
|--------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>UO Ospedale poliedrico</b> |             |                 |                                      |                   |                              |
| <input type="checkbox"/> | 732-10762                     | 12345       | prova udo RTI 4 | STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) | Detenuti          |                              |
| <input type="checkbox"/> | 732-39390                     | 12345       | prova udo RTI 8 | STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) | GRANDI USTIONI    |                              |

Si seleziona con la punta 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

| <input type="checkbox"/>            | Codice Univoco         | Codice ORPS | Denominazione   | Tipologia UDO                        | Discipline/Ambiti | Branche Attività (cod "spe") |
|-------------------------------------|------------------------|-------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | UO Ospedale poliedrico |             |                 |                                      |                   |                              |
| <input type="checkbox"/>            | 732-10762              | 12345       | prova udo RTI 4 | STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) | Detenuti          |                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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

| <input type="checkbox"/>            | Codice Univoco         | Codice ORPS | Denominazione   | Tipologia UDO                        | Discipline/Ambiti | Branche Attività (cod "spe") |
|-------------------------------------|------------------------|-------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | UO Ospedale poliedrico |             |                 |                                      |                   |                              |
| <input type="checkbox"/>            | 732-10762              | 12345       | prova udo RTI 4 | STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) | Detenuti          |                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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  
Applica filtri

**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  
Ordinamento  
Gerarchico

| <input type="checkbox"/> | Codice Univoco            | Codice ORPS | Denominazione | Tipologia UDO | Discipline/Ambiti | Branche Attività (cod "spe") | Requisiti        | Esito | Azioni |
|--------------------------|---------------------------|-------------|---------------|---------------|-------------------|------------------------------|------------------|-------|--------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Requisiti Generali</b> |             |               |               |                   |                              | Scheda Requisiti |       |        |
| <input type="checkbox"/> | 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  
Ordinamento  
Gerarchico

| <input type="checkbox"/> | Codice Univoco            | Codice ORPS | Denominazione   | Tipologia UDO                                    | Discipline/Ambiti   | Branche Attività (cod "spe") | Requisiti        | Esito | Azioni |
|--------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|--------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------|-------|--------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Requisiti Generali</b> |             |                 |                                                  |                     |                              | Scheda Requisiti |       |        |
| <input type="checkbox"/> | UO Ospedale poliedrico    |             |                 |                                                  |                     |                              |                  |       |        |
| <input type="checkbox"/> | 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       |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |               |          |      |                     |                         |                      |                      |                          |        |        |
|--------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|----------|------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Id Univoco REQ | Testo Requisito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Assegnazione | Risposta      | evidenze | note | Piano di intervento | Modalità di adeguamento | Tempi di adeguamento | Scadenza Adeguamento | Prescrizioni Adeguamento | storia | Azioni |
| <input type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              | <div>Si</div> |          |      | <div>No</div>       |                         |                      | <div></div>          |                          |        |        |
| <input type="checkbox"/> | 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<br>* Nota : obbligatorio nei locali di nuova costruzione; nei locali già in essere esiste evidenza di raccordo arrotondato nelle ristrutturazioni in programma |              | <div></div>   |          |      | <div>No</div>       |                         |                      | <div></div>          |                          |        |        |
| <input type="checkbox"/> | OSPT.03        | locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              | <div></div>   |          |      | <div>No</div>       |                         |                      | <div></div>          |                          |        |        |
| <input type="checkbox"/> | OSPT.04        | un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              | <div></div>   |          |      | <div>No</div>       |                         |                      | <div></div>          |                          |        |        |
| <input type="checkbox"/> | OSPT.05        | Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              | <div></div>   |          |      | <div>No</div>       |                         |                      | <div></div>          |                          |        |        |
| <input type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              | <div></div>   |          |      | <div>No</div>       |                         |                      | <div></div>          |                          |        |        |
| <input type="checkbox"/> | OSPT.07        | unità radiologica portatile per grafia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              | <div></div>   |          |      | <div>No</div>       |                         |                      | <div></div>          |                          |        |        |

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      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              | <div></div> | <div></div> | <div></div> | No                  | <div></div>             | <div></div>          | <div></div>          | <div></div>              |        | <div></div> |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 |              | <div></div> | <div></div> | <div></div> | No                  | <div></div>             | <div></div>          | <div></div>          | <div></div>              |        | <div></div> |
| <input checked="" type="checkbox"/> OSPT.03 | locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              | <div></div> | <div></div> | <div></div> | No                  | <div></div>             | <div></div>          | <div></div>          | <div></div>              |        | <div></div> |
| <input checked="" type="checkbox"/> OSPT.04 | un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              | <div></div> | <div></div> | <div></div> | No                  | <div></div>             | <div></div>          | <div></div>          | <div></div>              |        | <div></div> |
| <input checked="" type="checkbox"/> OSPT.05 | Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              | <div></div> | <div></div> | <div></div> | No                  | <div></div>             | <div></div>          | <div></div>          | <div></div>              |        | <div></div> |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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                                                                                                                                                                                                                                                                            |              | <div></div> | <div></div> | <div></div> | No                  | <div></div>             | <div></div>          | <div></div>          | <div></div>              |        | <div></div> |
| <input checked="" type="checkbox"/> OSPT.07 | unità radiologica portatile per grafia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              | <div></div> | <div></div> | <div></div> | No                  | <div></div>             | <div></div>          | <div></div>          | <div></div>              |        | <div></div> |

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

\*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 |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|----------|------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 antisdrucchiolo 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                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> OSPT.04 | un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              | Si       |          |      | No                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> OSPT.05 | Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              | Si       |          |      | No                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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

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

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

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 |
|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | RTL01           | La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq                                  | Si       |          |      | No                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | RTL02           | La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto                   | Si       |          |      | No                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | RTL03           | La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati              | Si       |          |      | No                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | RTL04           | una zona filtro                                                                           | Si       |          |      | No                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | RTL05           | un locale medici                                                                          | Si       |          |      | No                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | RTL06           | un locale lavoro infermieri                                                               | Si       |          |      | No                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | RTL07           | servizi igienici per il personale                                                         | Si       |          |      | No                  |                         |                      |                      |                          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 |
|-------------------------------------|------------------------|-------------|-----------------|--------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------|-------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Requisiti Generali     |             |                 |                                                  |                     |                              | Scheda Requisiti |       |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | UO Ospedale poliedrico |             |                 |                                                  |                     |                              |                  |       |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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              | <input type="checkbox"/> |
| Non assegnati               | <input type="checkbox"/> |
| Senza risposta verificatore | <input type="checkbox"/> |
| Non assegnati verifica      | <input type="checkbox"/> |
| <b>Applica filtri</b>       |                          |

**Assegna tutti i selezionati**

|                |       |
|----------------|-------|
| UO             | ----- |
| Persona        | ----- |
| <b>Assegna</b> |       |

**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          |                          | Branca          |  |
| Area Discipline     | -----                    |                 |  |
| Classificazione UDO | -----                    |                 |  |
| Sede Operativa      |                          | Unità Operativa |  |
| Edificio            |                          | Blocco          |  |
| Piano               |                          | Progressivo     |  |
| Direttore           |                          |                 |  |
| Codice Univoco      |                          |                 |  |
| Scadenza da         |                          | a               |  |
| Mostra solo con RS  | <input type="checkbox"/> |                 |  |
| Area vasta          |                          |                 |  |
| Ordinamento         | Gerarchico               |                 |  |

**Applica filtri** **Pulisci**

| <input type="checkbox"/>            | Codice Univoco            | Codice ORPS | Denominazione | Tipologia UDO | Discipline/Ambiti | Branche Attività (cod "spe") | Requisiti               | Esito | Azioni |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------|---------------|-------------------|------------------------------|-------------------------|-------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Requisiti Generali</b> |             |               |               |                   |                              | <b>Scheda Requisiti</b> |       |        |
| <input type="checkbox"/>            | 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              | <input type="checkbox"/> |
| Non assegnati               | <input type="checkbox"/> |
| Senza risposta verificatore | <input type="checkbox"/> |
| Non assegnati verifica      | <input type="checkbox"/> |

Applica filtri

**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

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 diritto, 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'  il   
specializzato in   
iscritto all'ordine dei  numero   
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                                          | caedes.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
Fascicolo 1 di 1

**Autorizzazione all'esercizio**

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 | <div><div>Rilascia</div><div></div></div> |

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 durata**

| 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 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 ☐ 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 : 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 |

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

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 | <div><div>Rilascia</div><div>Esegui</div></div> |

Nella finestra di Esecuzione attività che viene aperta, aggiungiamo una nota testuale nelle Note 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              | <input type="text"/>     |
| Tipo requisito              | <input type="text"/>     |
| Testo requisito             | <input type="text"/>     |
| Denominazione UO/UDO        | <input type="text"/>     |
| Tipologia UDO               | <input type="text"/>     |
| Edificio                    | <input type="text"/>     |
| Blocco                      | <input type="text"/>     |
| Piano                       | <input type="text"/>     |
| Progressivo                 | <input type="text"/>     |
| Sede Operativa              | <input type="text"/>     |
| Assegnazione                | <input type="text"/>     |
| Scheda Requisiti            | <input type="text"/>     |
| note                        | <input type="text"/>     |
| Verificatore                | <input type="text"/>     |
| Valutazione Verificatore    | <input type="text"/>     |
| Note Verificatore           | <input type="text"/>     |
| Senza risposta              | <input type="checkbox"/> |
| Non assegnati               | <input type="checkbox"/> |
| Senza risposta verificatore | <input type="checkbox"/> |
| Non assegnati verifica      | <input type="checkbox"/> |

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 |