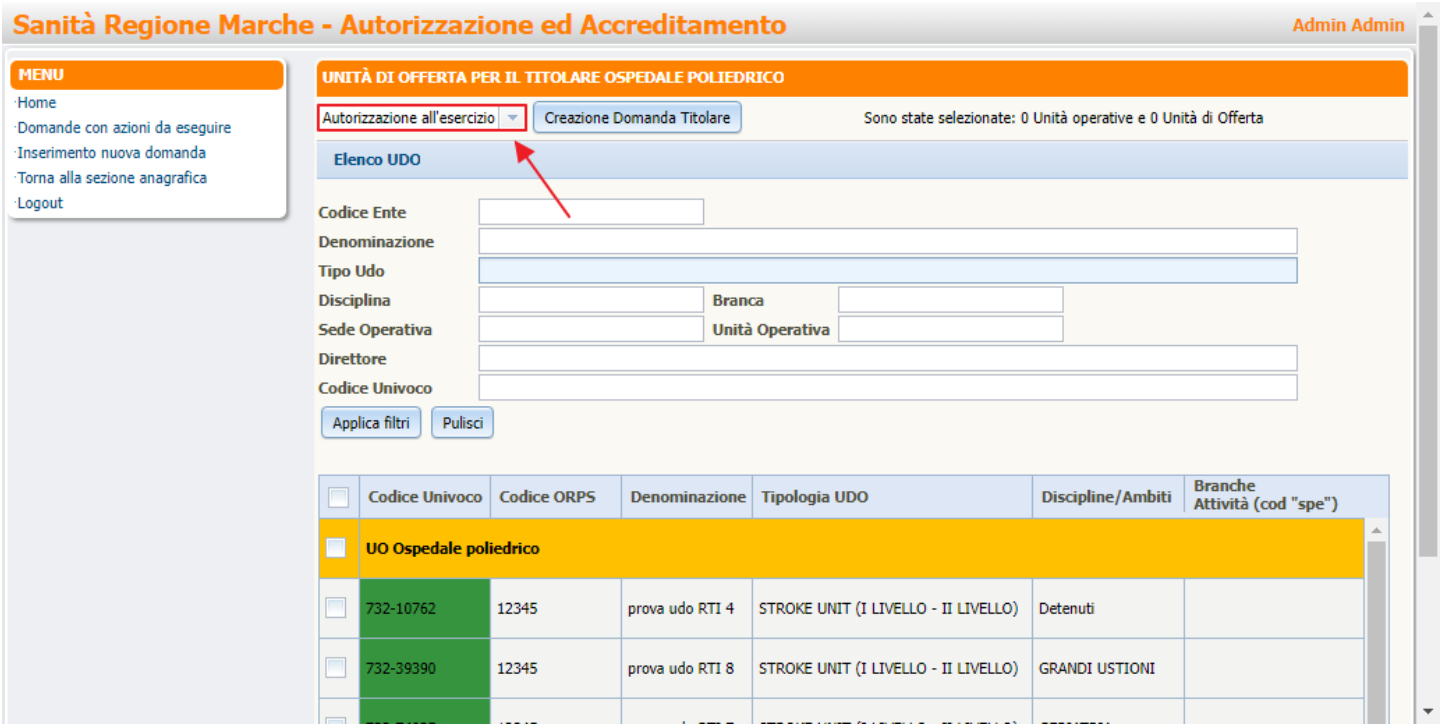
Gestione domande

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

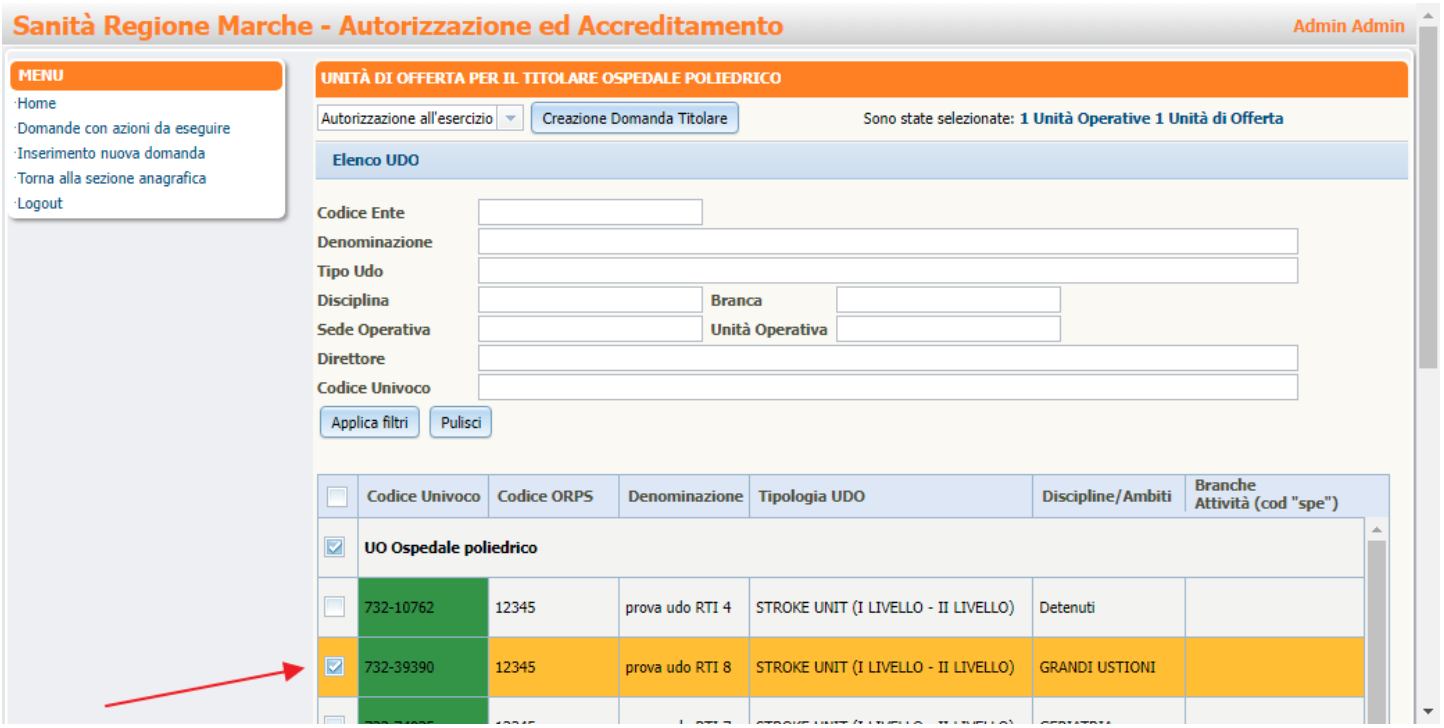
Creazione domanda

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

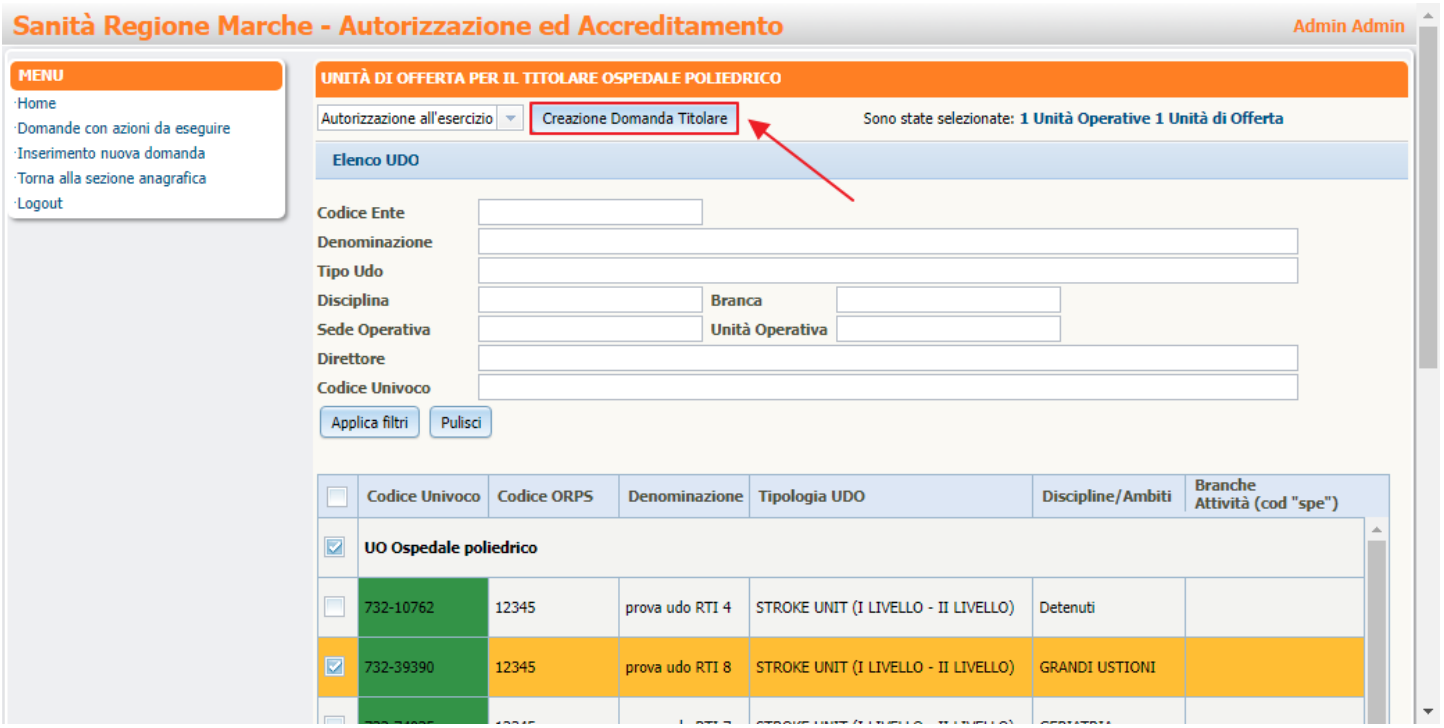
Dopo che si è aperta la schermata, si seleziona il tipo di procedimento/ flusso dal menu a tendina, in particolare si seleziona Autorizzazione all'esercizio:



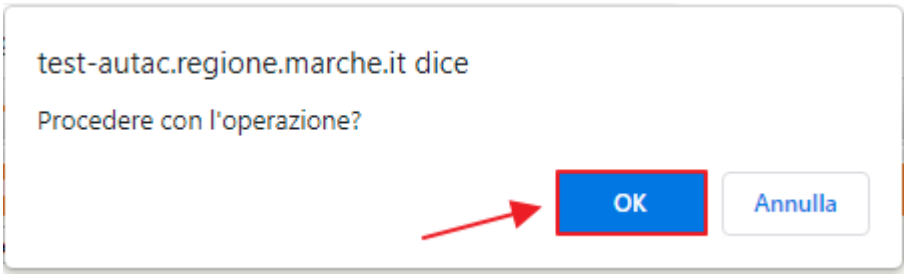
Si seleziona con la spunta la domanda di offerta di interesse (in questo caso prova UD RTI8):



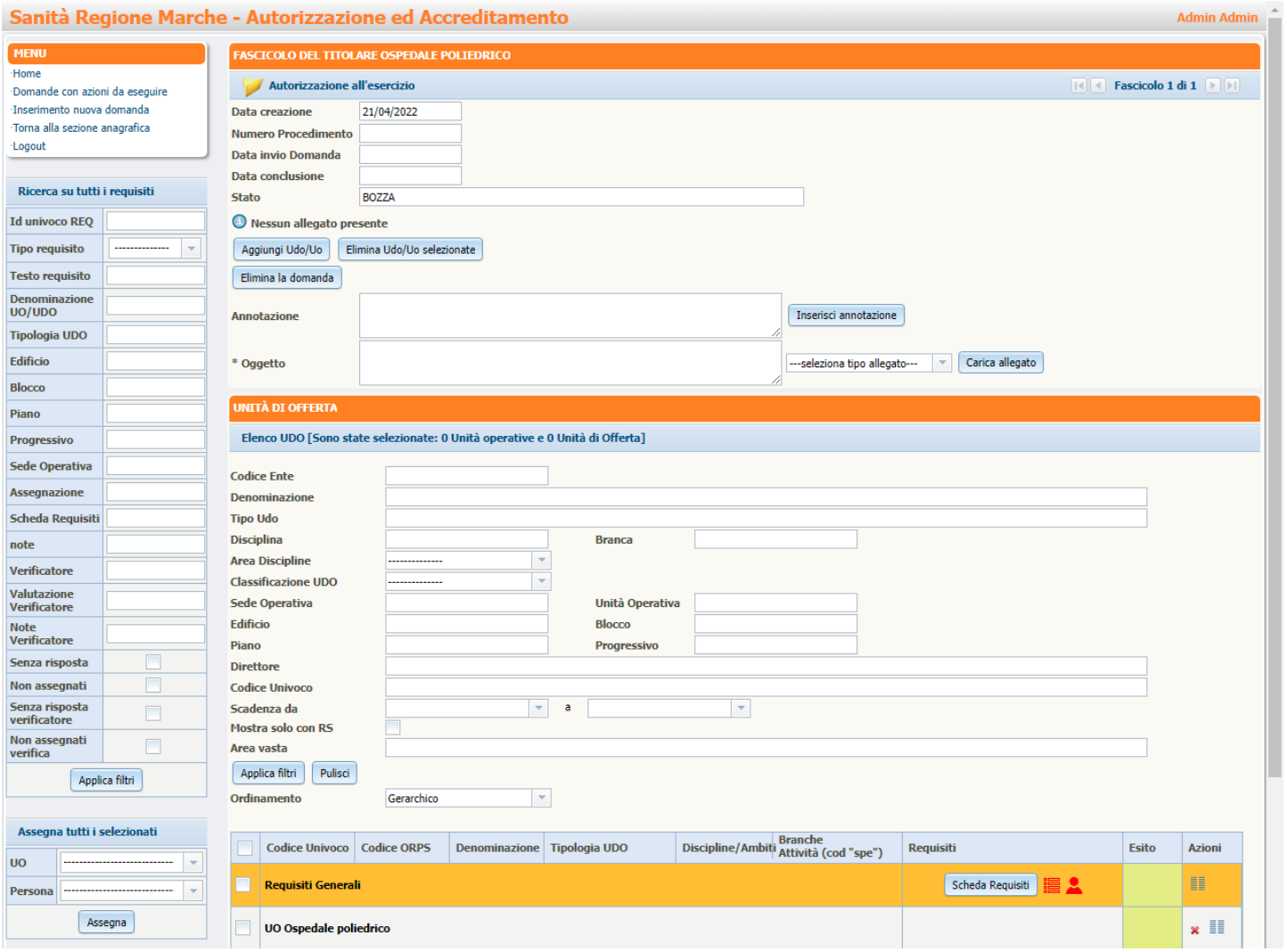
Si clicca sul pulsante in alto denominato Creazione Domanda Titolare:



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

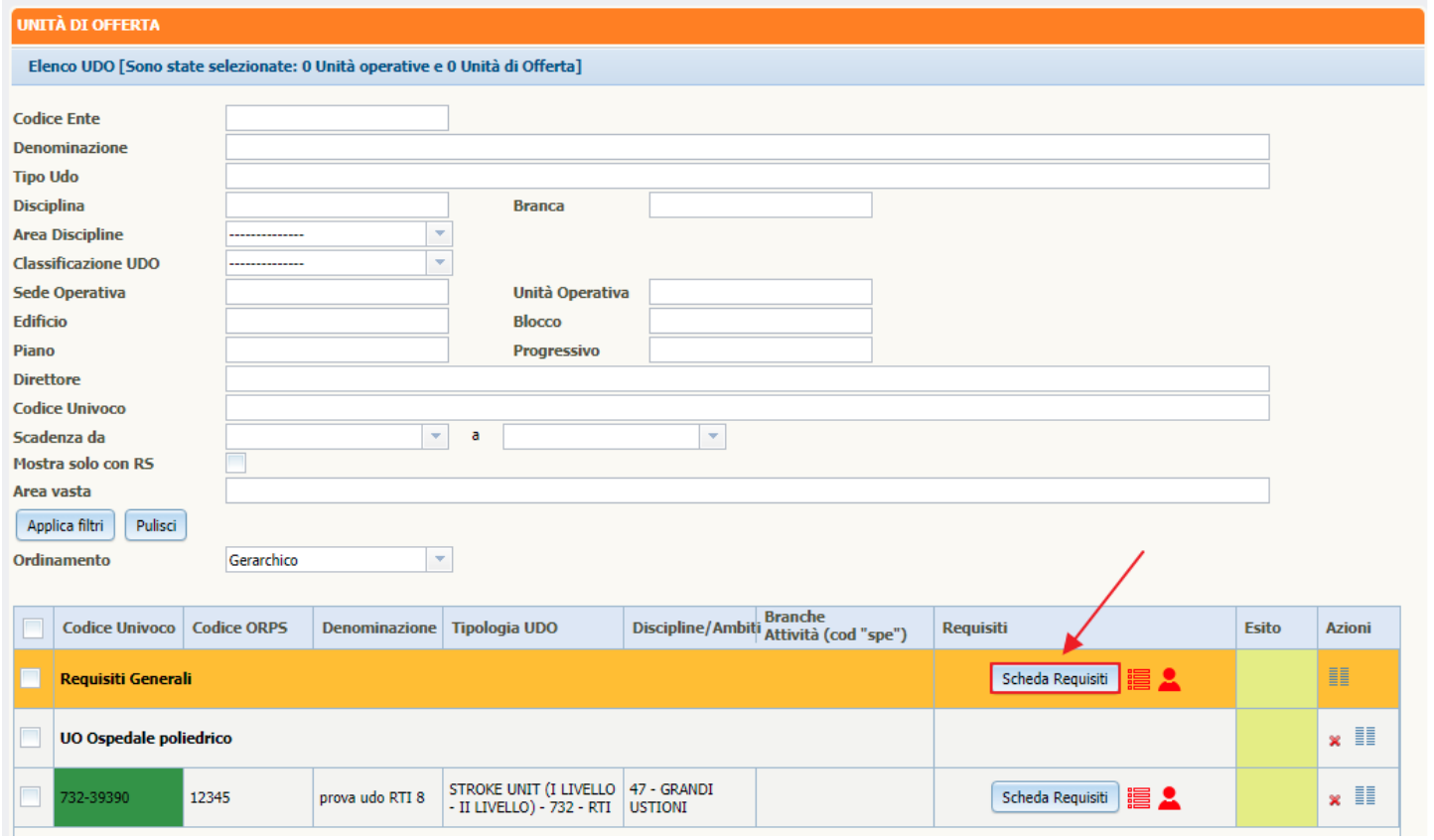


A questo punto si apre la schermata della domanda:



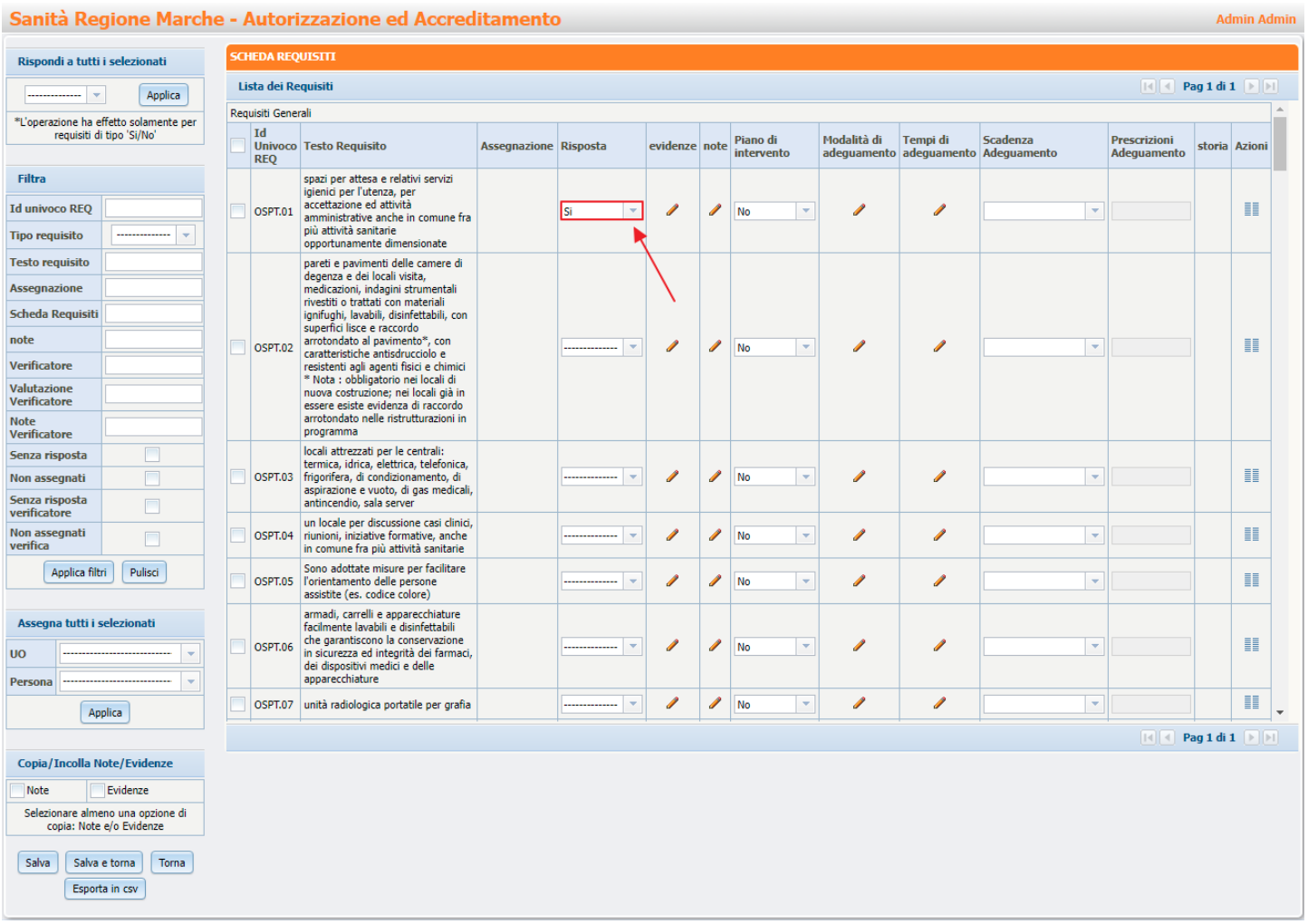
Inserimento requisiti generali

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

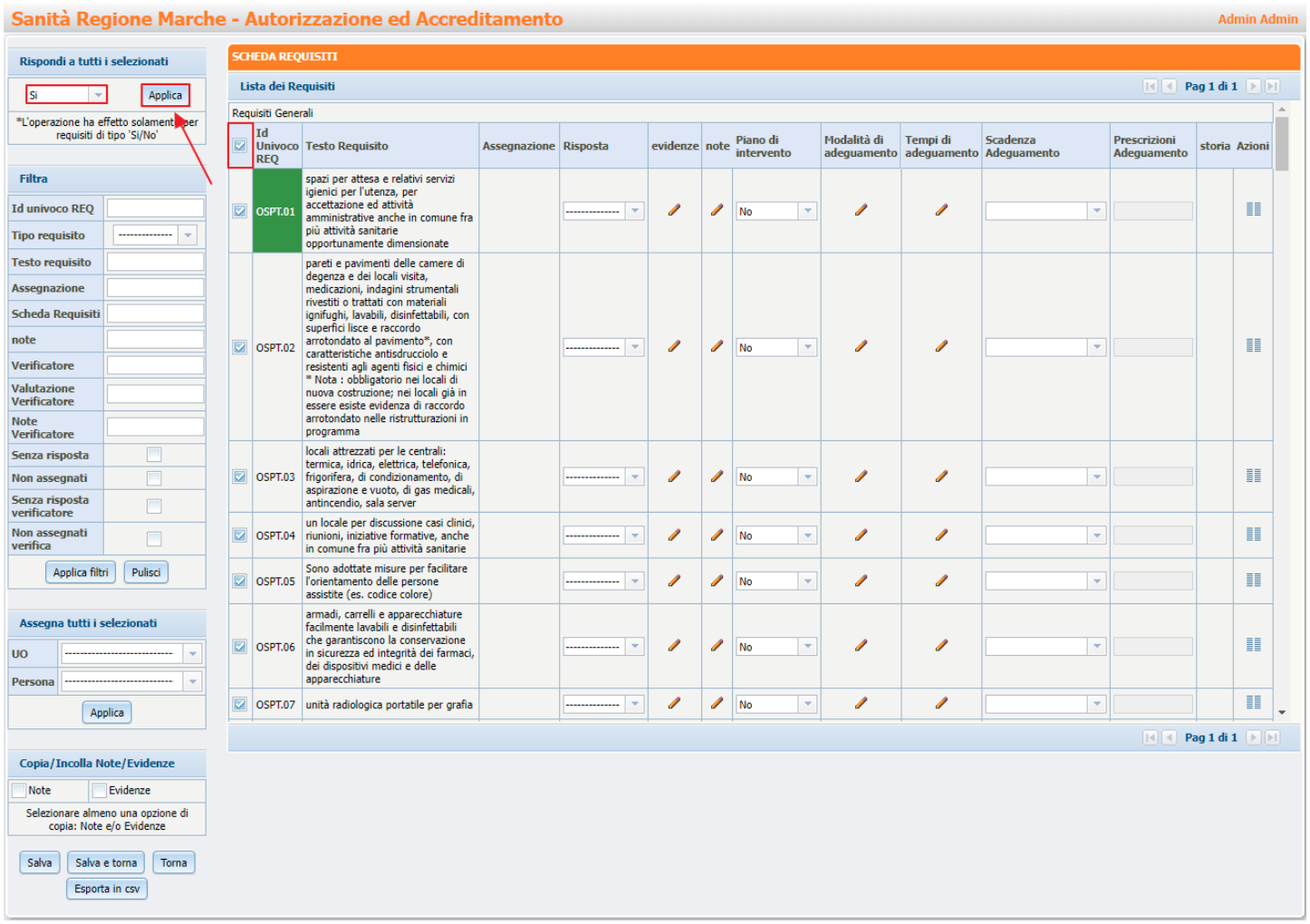


E' possibile rispondere si o no singolarmente su ogni singolo requisito tramite il menu a tendina posizionato nella colonna Risposta

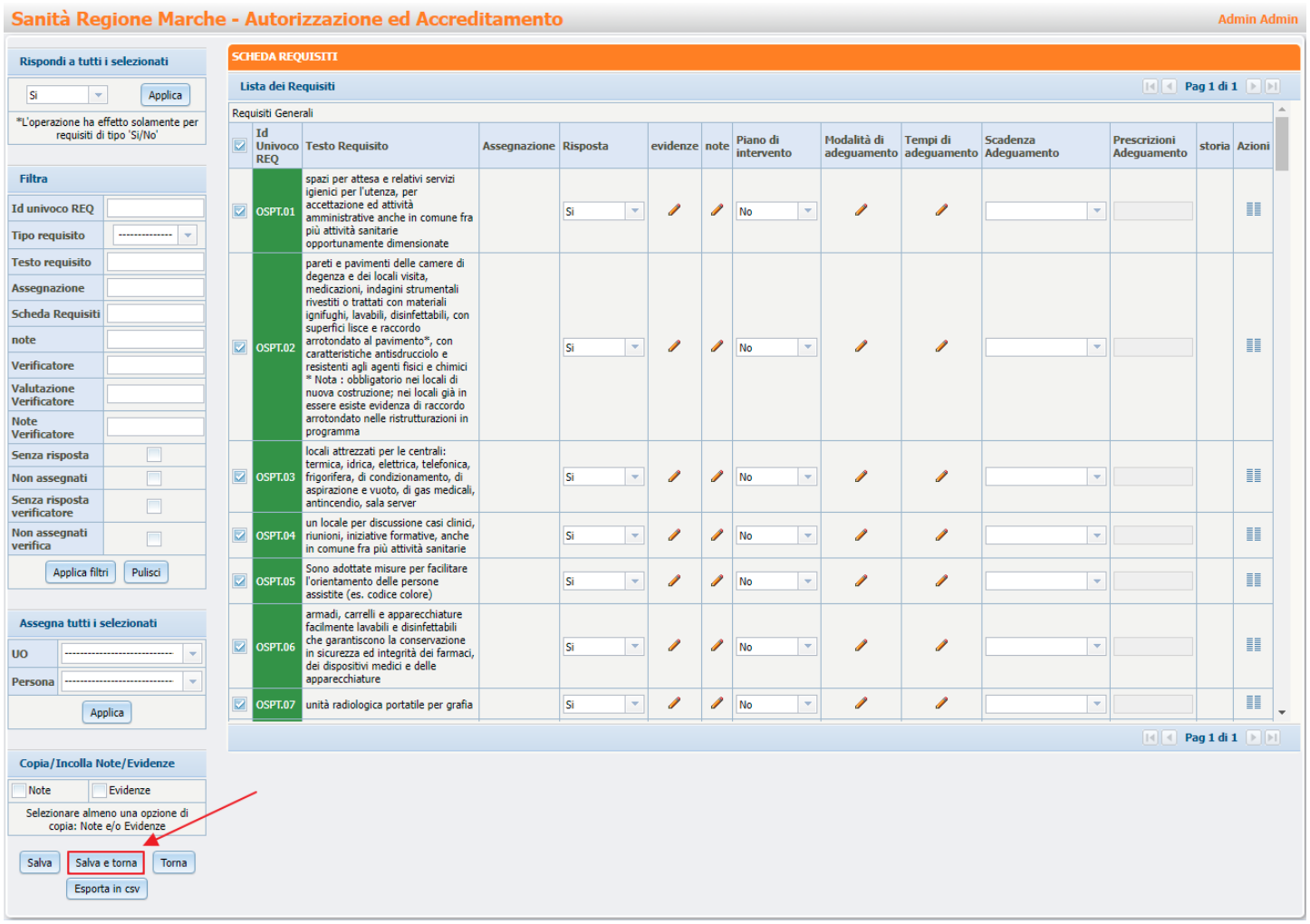
della tabella:



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:



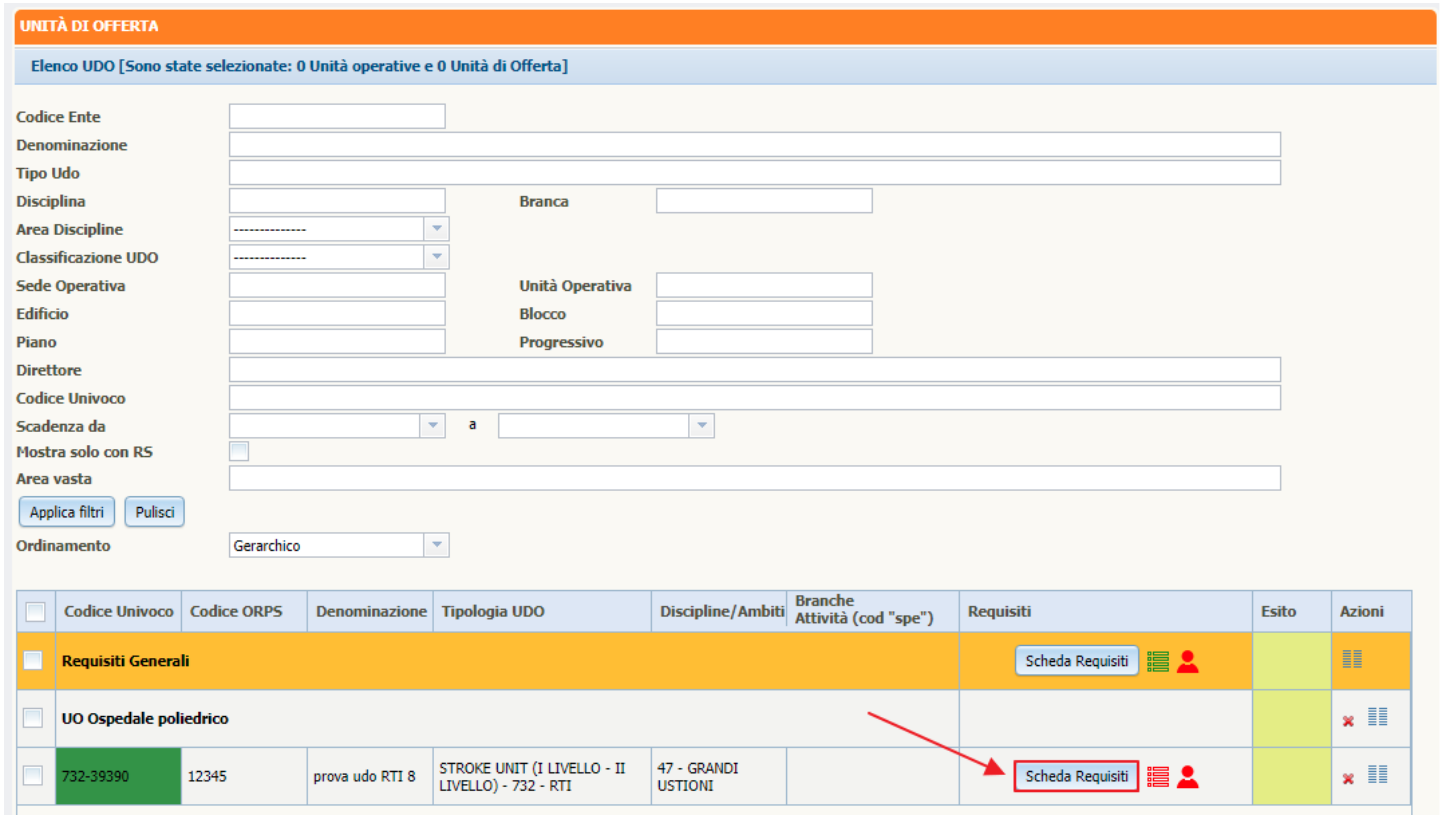
Ora ci spostiamo in basso a sinistra e facciamo click sul pulsante Salva e torna, questo fa si che l'applicativo salvi tutte le risposte ai requisiti e ci riporti alla pagina della domanda:



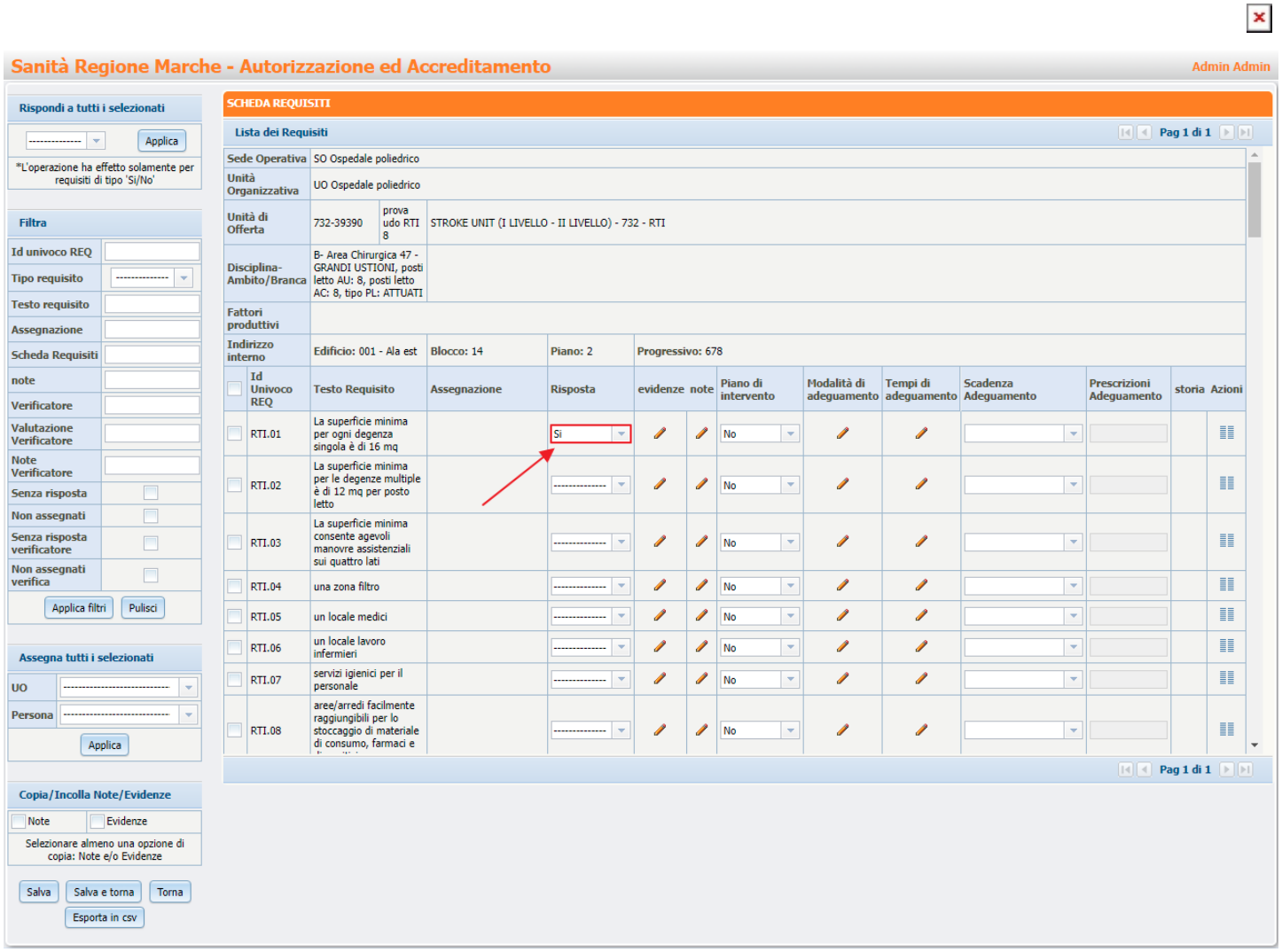
Inserimento requisiti UDO

E' possibile fare la stessa operazione sulla UDO.

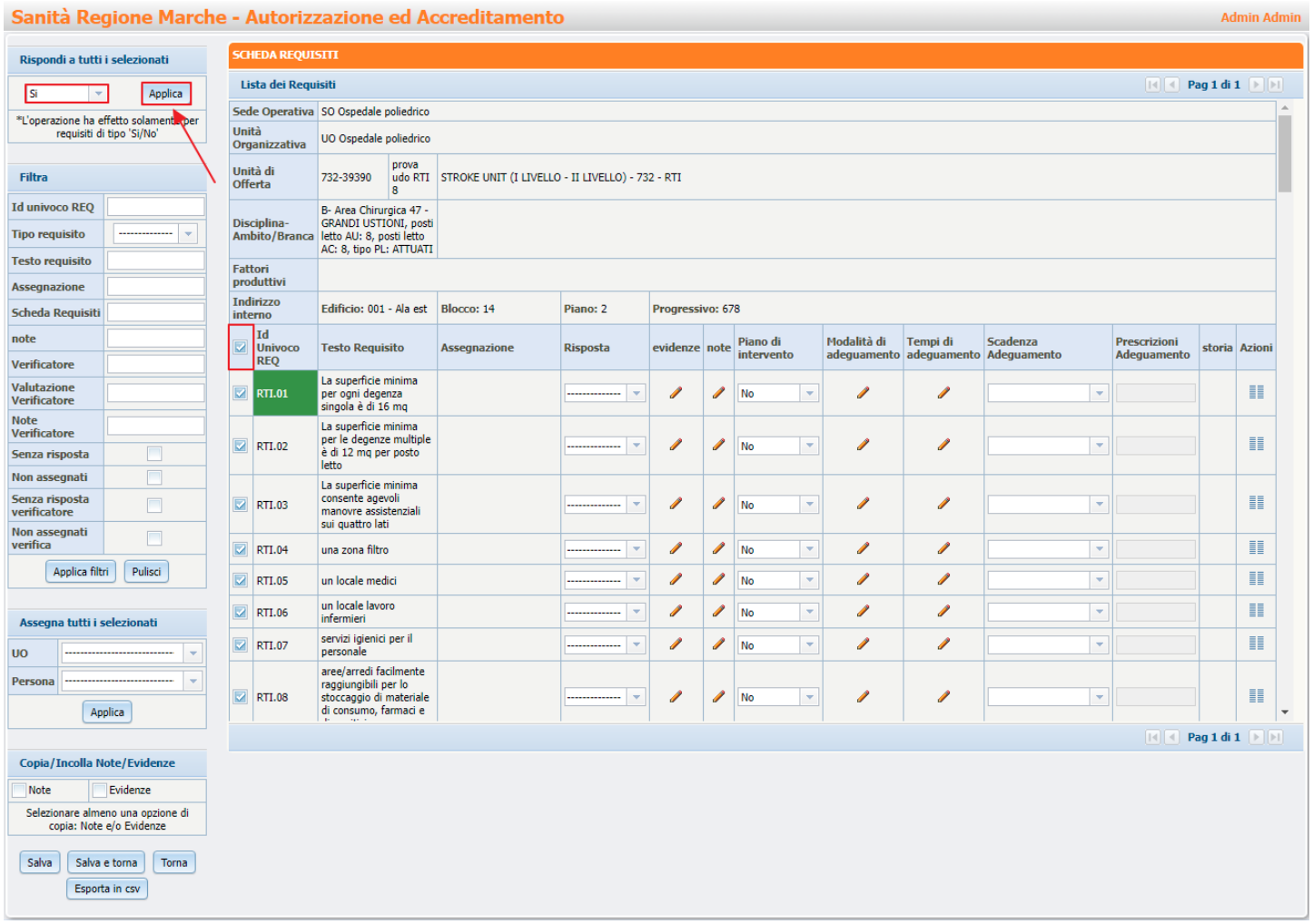
Per prima cosa è necessario andare ad inserire i requisiti cliccando sul pulsante Scheda Requisiti della riga dell'UDO:



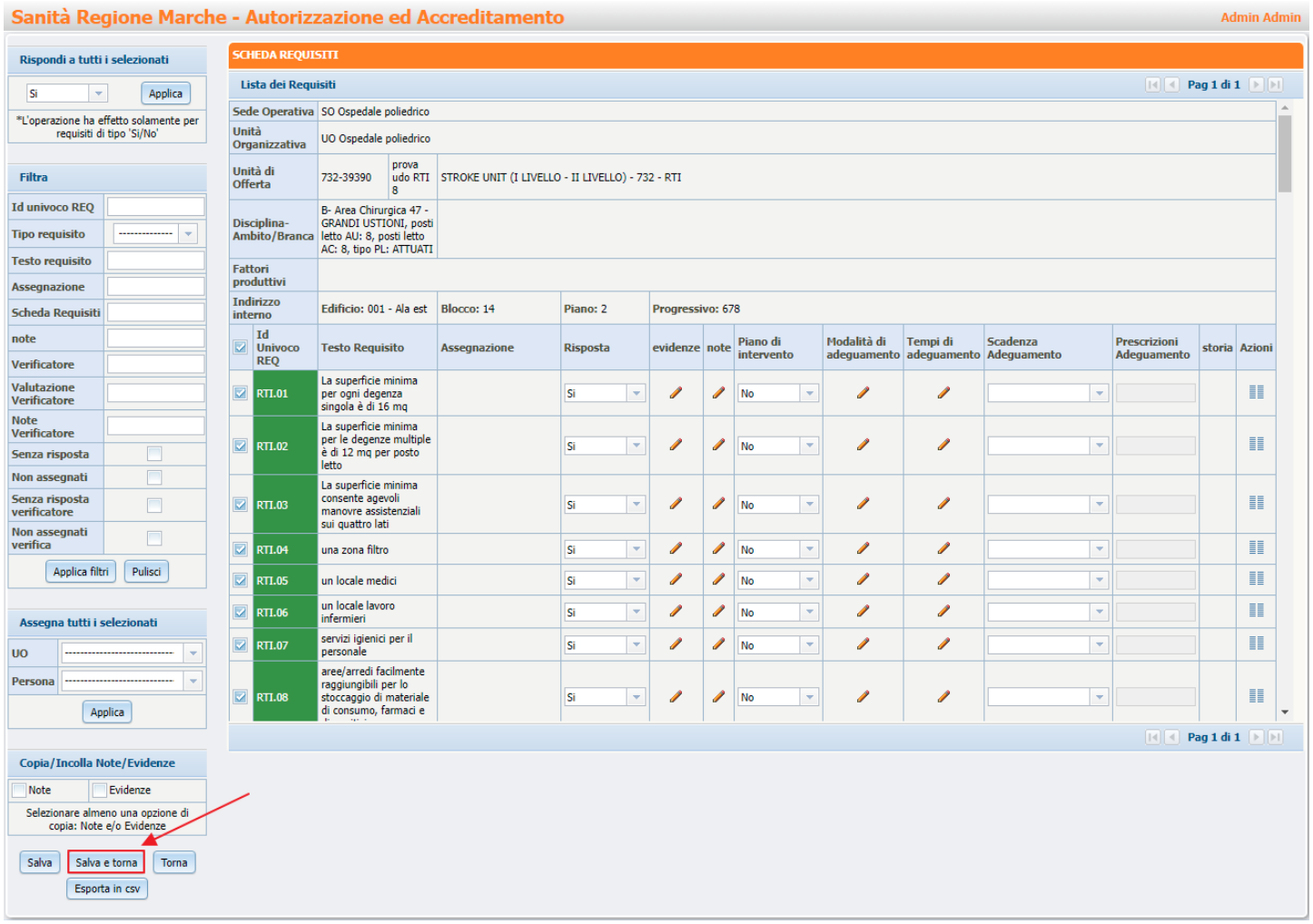
E' possibile rispondere si o no singolarmente su ogni singolo requisito tramite il menu a tendina posizionato nella colonna Risposta della tabella:



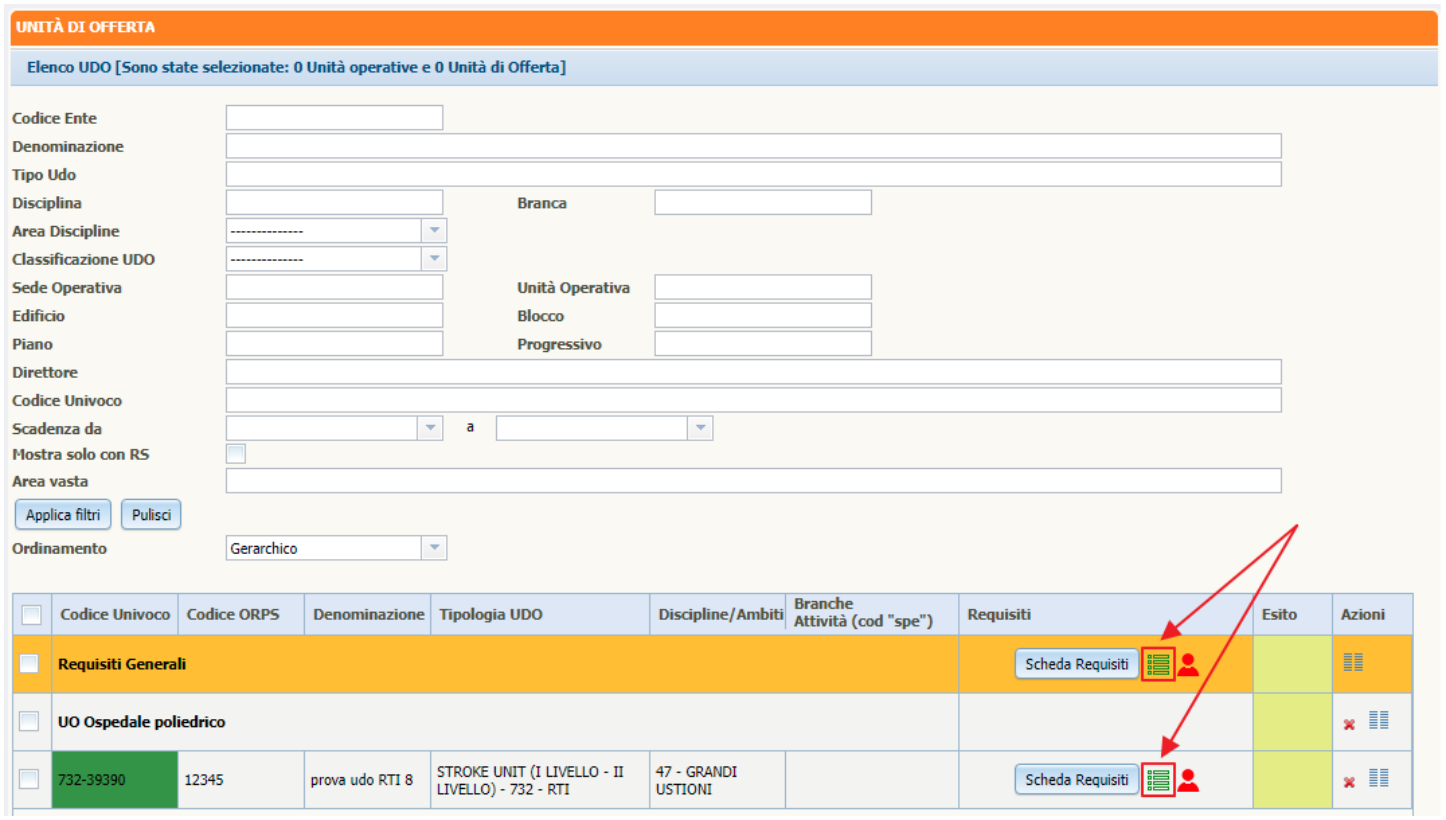
Oppure è possibile selezionare tutti i requisiti in modo massivo, aspettando che l'applicativo carichi il flag su ogni requisito, e selezionare in alto a sinistra la risposta sì e cliccare sul pulsante Applica:



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

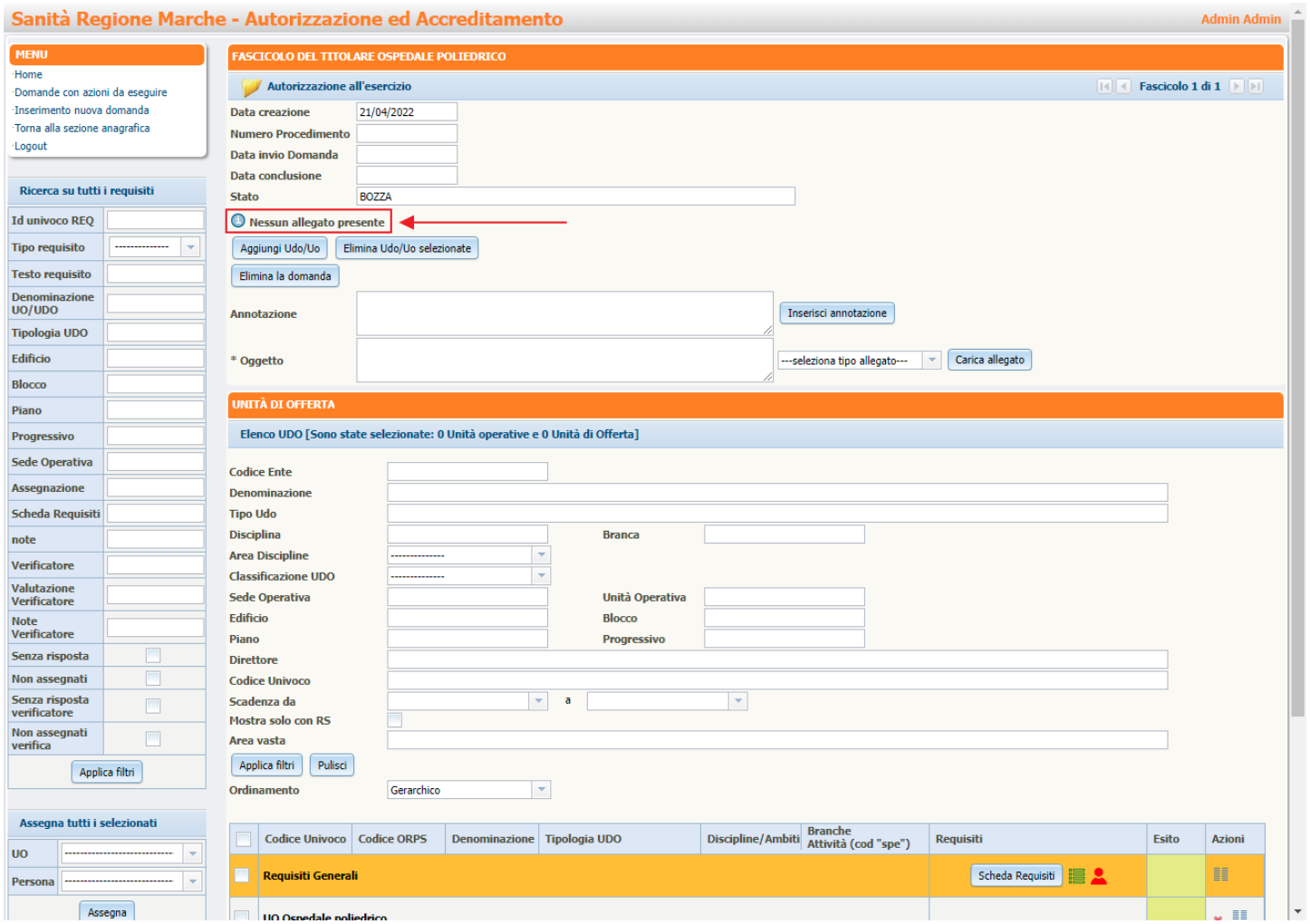


Nella pagina della domanda, nella tabella, l'icona verde a destra del pulsante Scheda Requisiti indica che a tutti i requisiti è stata data una risposta:



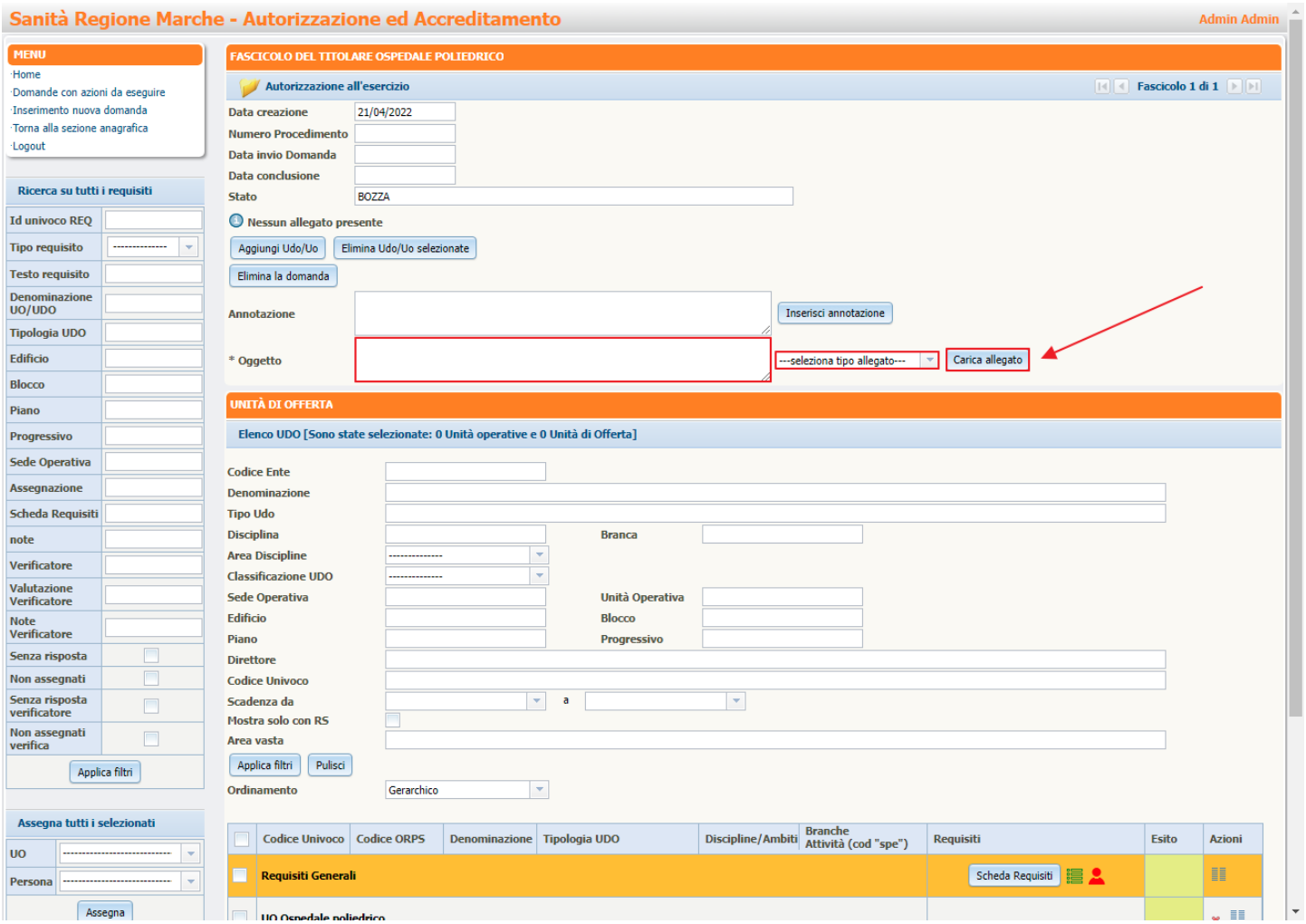
Presentazione domanda

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



Per presentare la domanda è prima necessario inserire gli allegati.

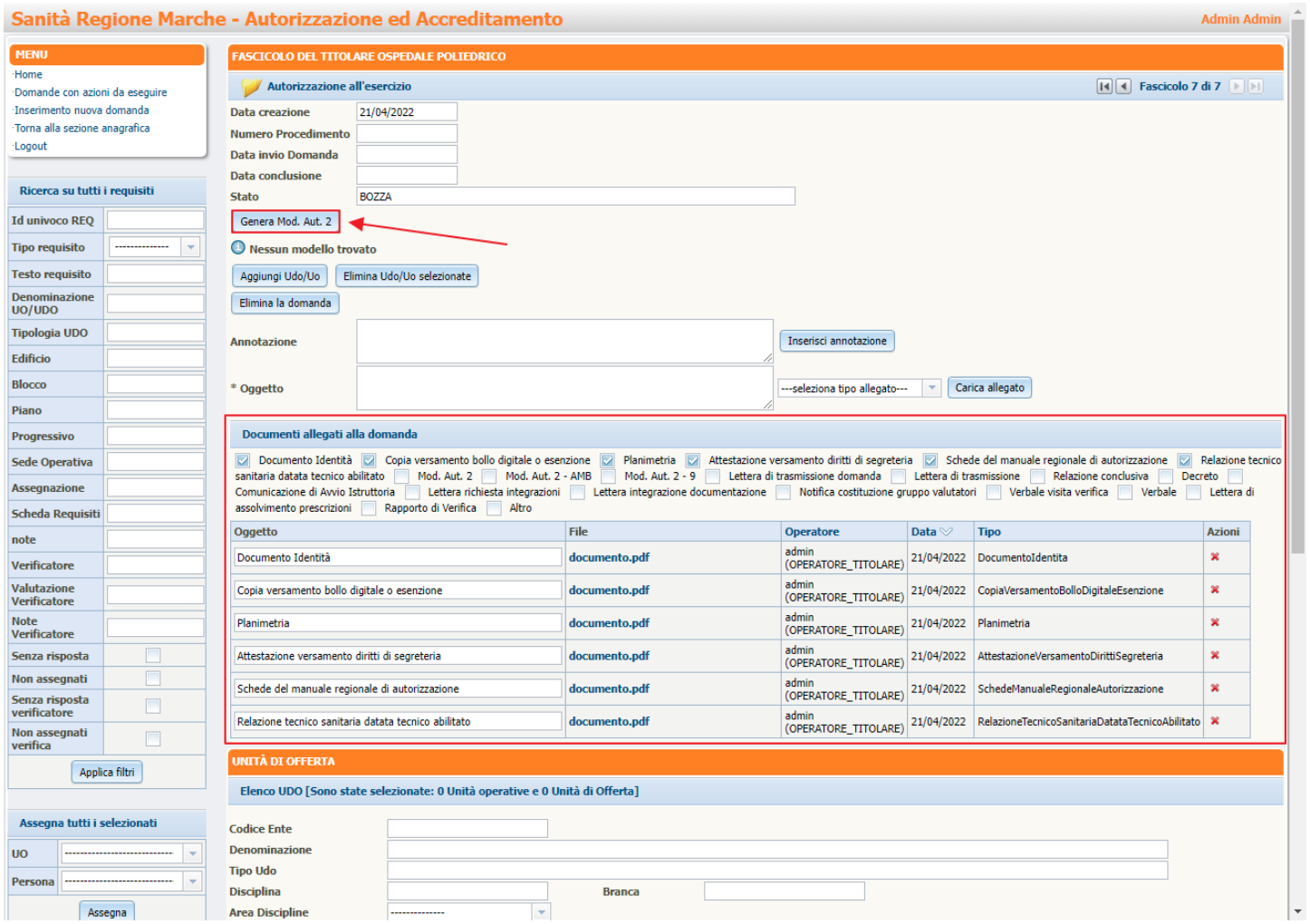
Inseriamo tutti gli allegati dalla voce Oggetto, selezionando il tipo di allegato dal menu a tendina e cliccando su Carica allegato:



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:



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

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	[redacted]	*Nome*	[redacted]
Nato/a A	ANCONA	*nato/a il*	24/11/1940
residente in		*Prov*	
in Via/Piazza	Roma	*civico*	4
C.FISC	[redacted]		
cellulare	74286375	*email*	[redacted]

nella sua qualita' di:

- ☐ Libero Professionista — *P.IVA* [redacted] *eMail PEC* [redacted]
- ☐ Titolare di Azienda Individuale
- ☐ Legale Rappresentante

Del Soggetto Giuridico di seguito individuato

Ragione Sociale	Ospedale poliedrico		
Indirizzo Sede Legale	Via Brambilla	*N.*	6
Forma Giuridica	Azienda ospedaliera		
Comune di	ANCONA	*CAP*	60124
P.IVA	63587697989		
eMail PEC	[redacted]		
telefono	2345	*cellulare*	23456

CHIEDE

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

nella struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti

denominata	prova udo RTI 8 - SP Ospedale poliedrico
con sede nel comune	ANCONA
indirizzo sede	Parco Belli 9 60124 ANCONA AN
tipologia struttura	STROKE UNIT (I LIVELLO - II 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 - SP Ospedale poliedrico delle autorizzazioni all'esercizio ai sensi della LR 20/2000

per la quale si allega copia dell'autorizzazione

rilasciata il dal comune

Ai 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 le 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 le 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 è già stato rilasciato il certificato di agibilità/presentata la segnalazione certificata di agibilità
  rilasciata in data protocollo
- ☐ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- ☐ di essere informato/a, 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 [redacted]
  Cod.Fisc. [redacted]
  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 incompatibilita dal Direttore Sanitario di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

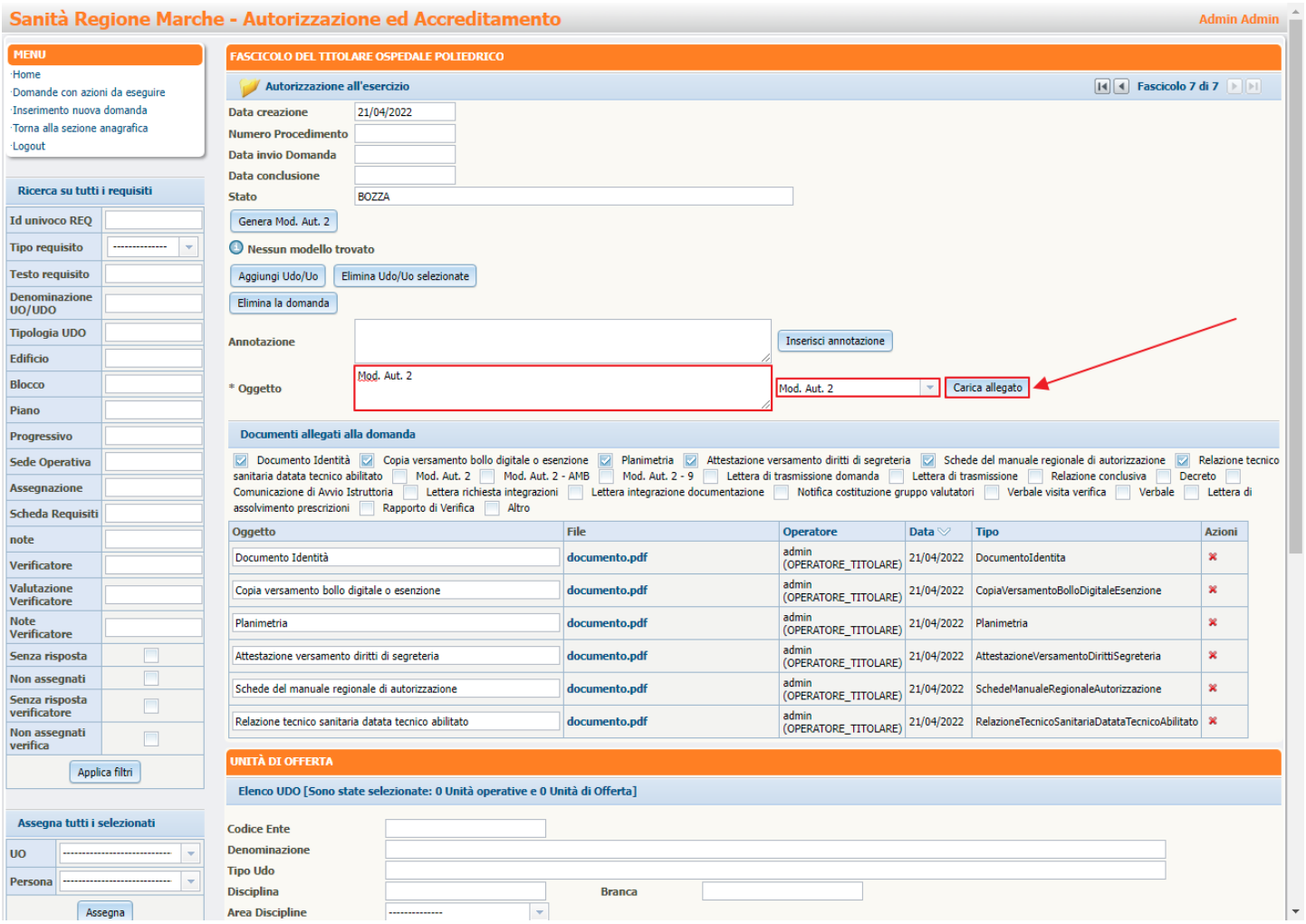
Data 21/04/2022 Firma Del Titolare

Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario [redacted]

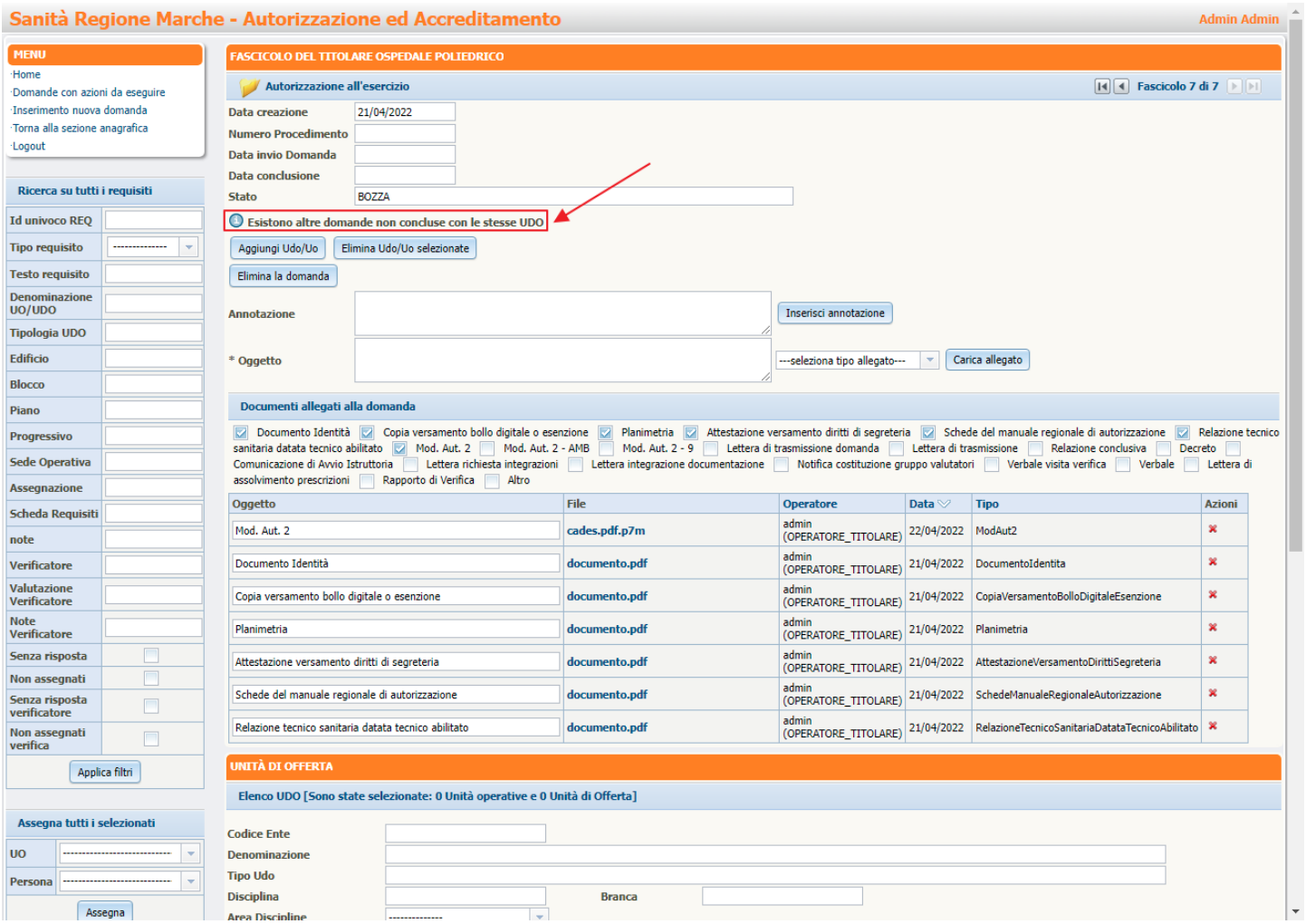
Allegati Obbligatori

- ✓ 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: 1 00 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:

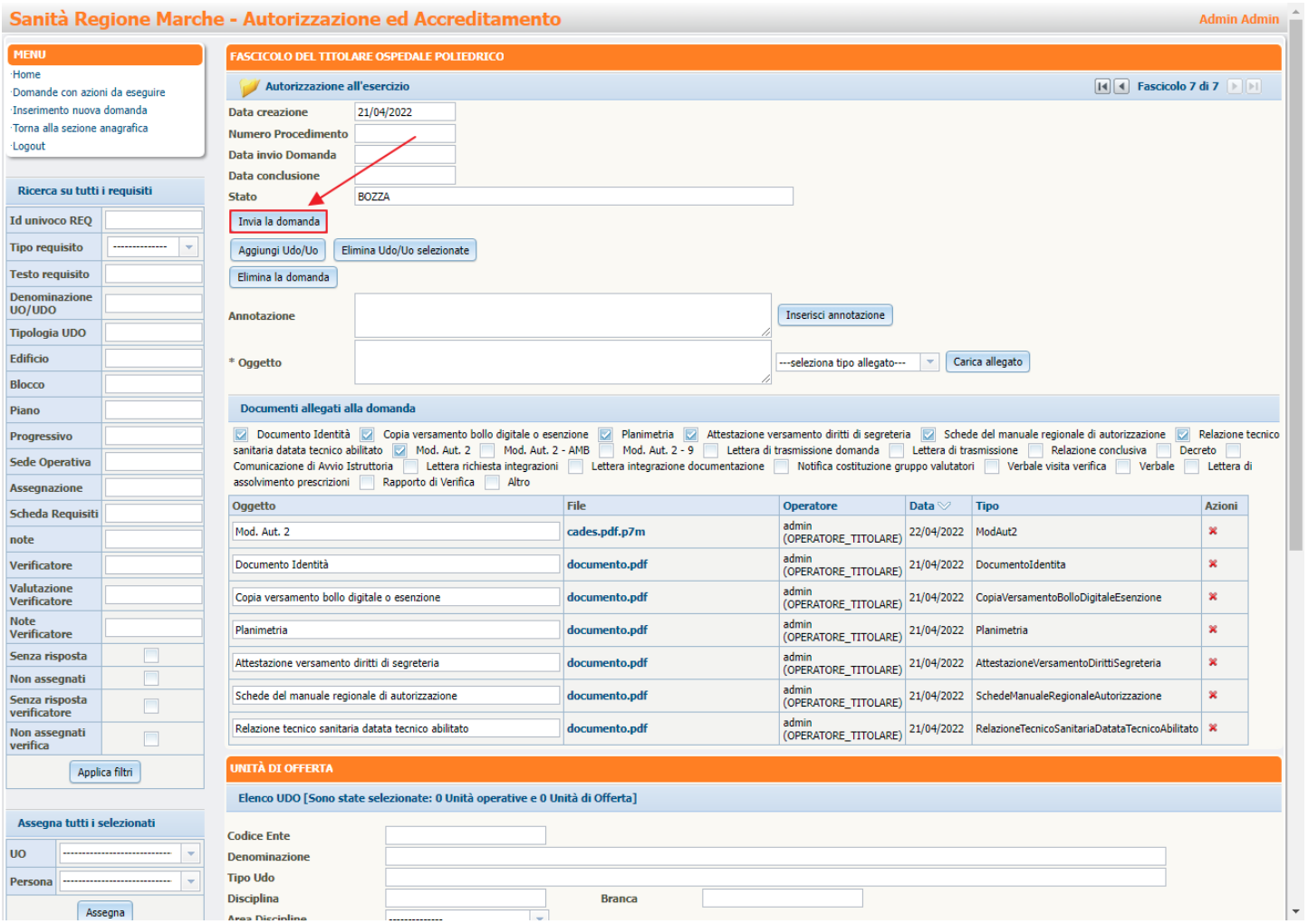


Compare la notifica “Esistono altre domande non concluse con le stesse UDO” nel caso in cui sono presenti le stesse UDO in altre domande il cui procedimento non è concluso e dunque la domanda non può essere inviata.

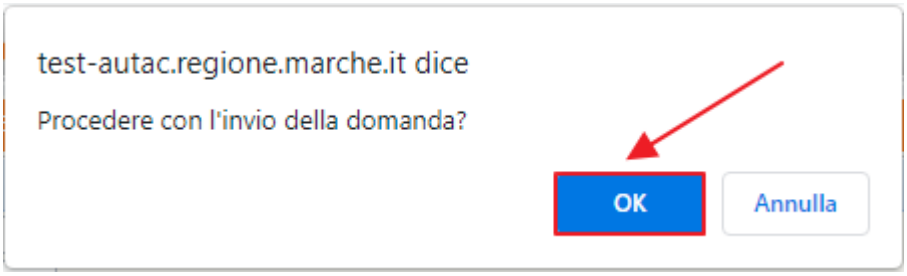


Occorre quindi selezionare la UDO già in uso e poi fare clic su “elimina Udo/Uo selezionate” e se necessario poi aggiungere una nuova UDO tramite il pulsante “Aggiungi Udo/Uo”.

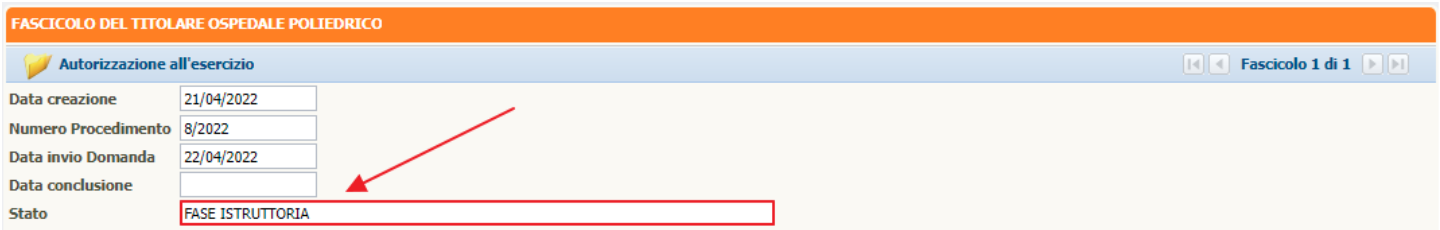
Compare il pulsante Invia la domanda:



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



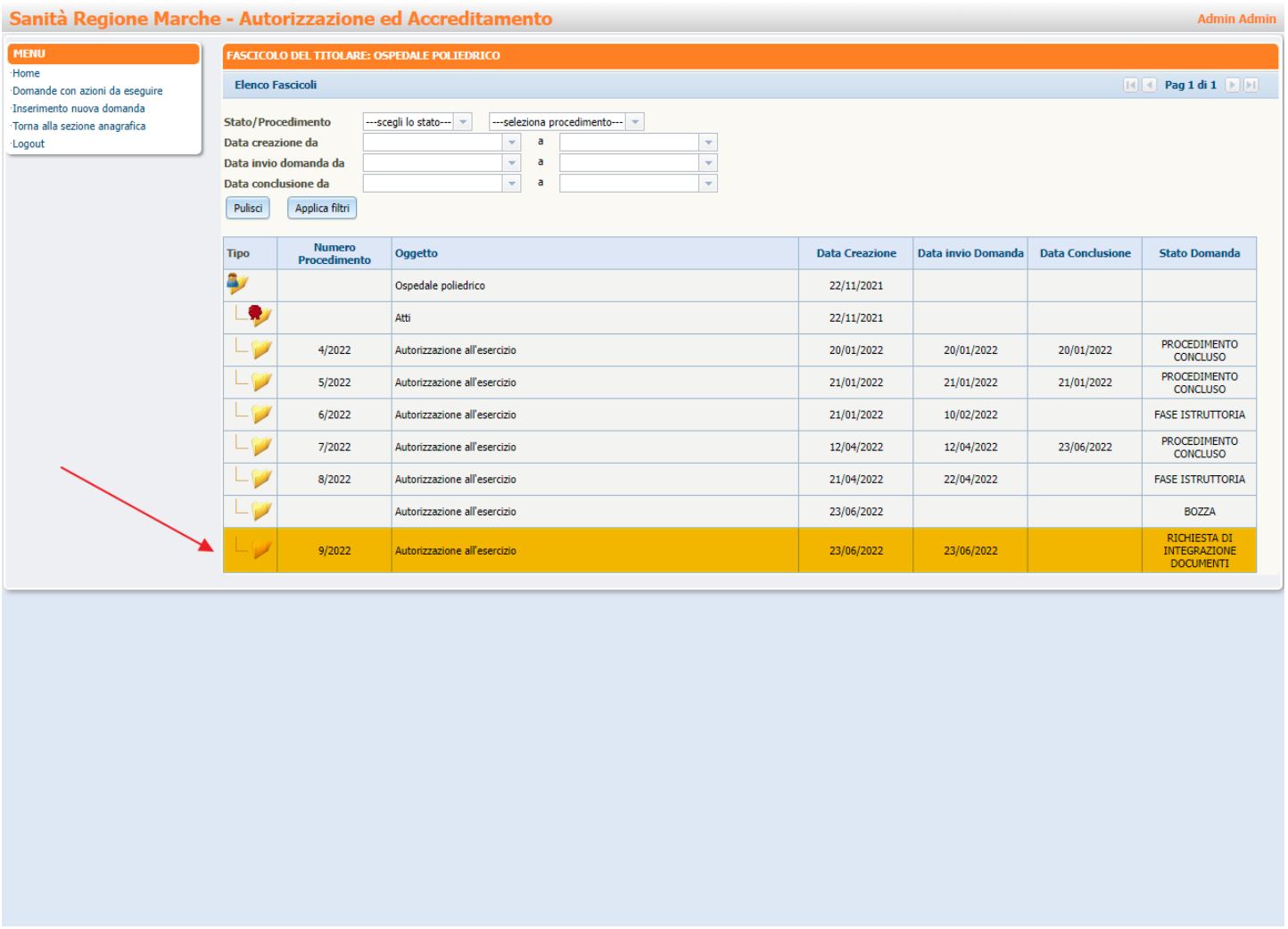
A questo punto la domanda è stata inviata al Comune e lo stato passa da “Bozza” a “Fase Istruttoria”:



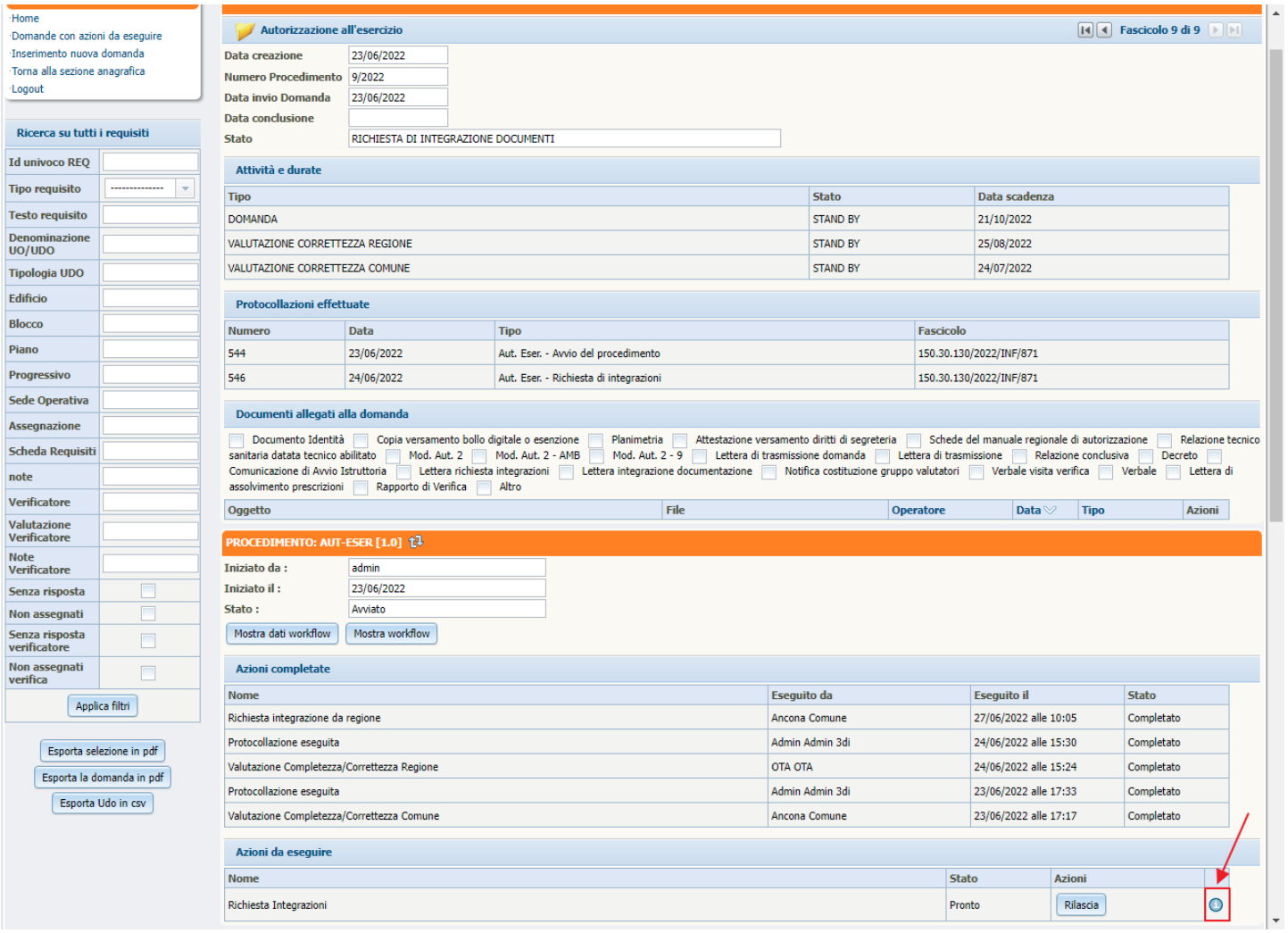
Modifica documento per richiesta integrazioni

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

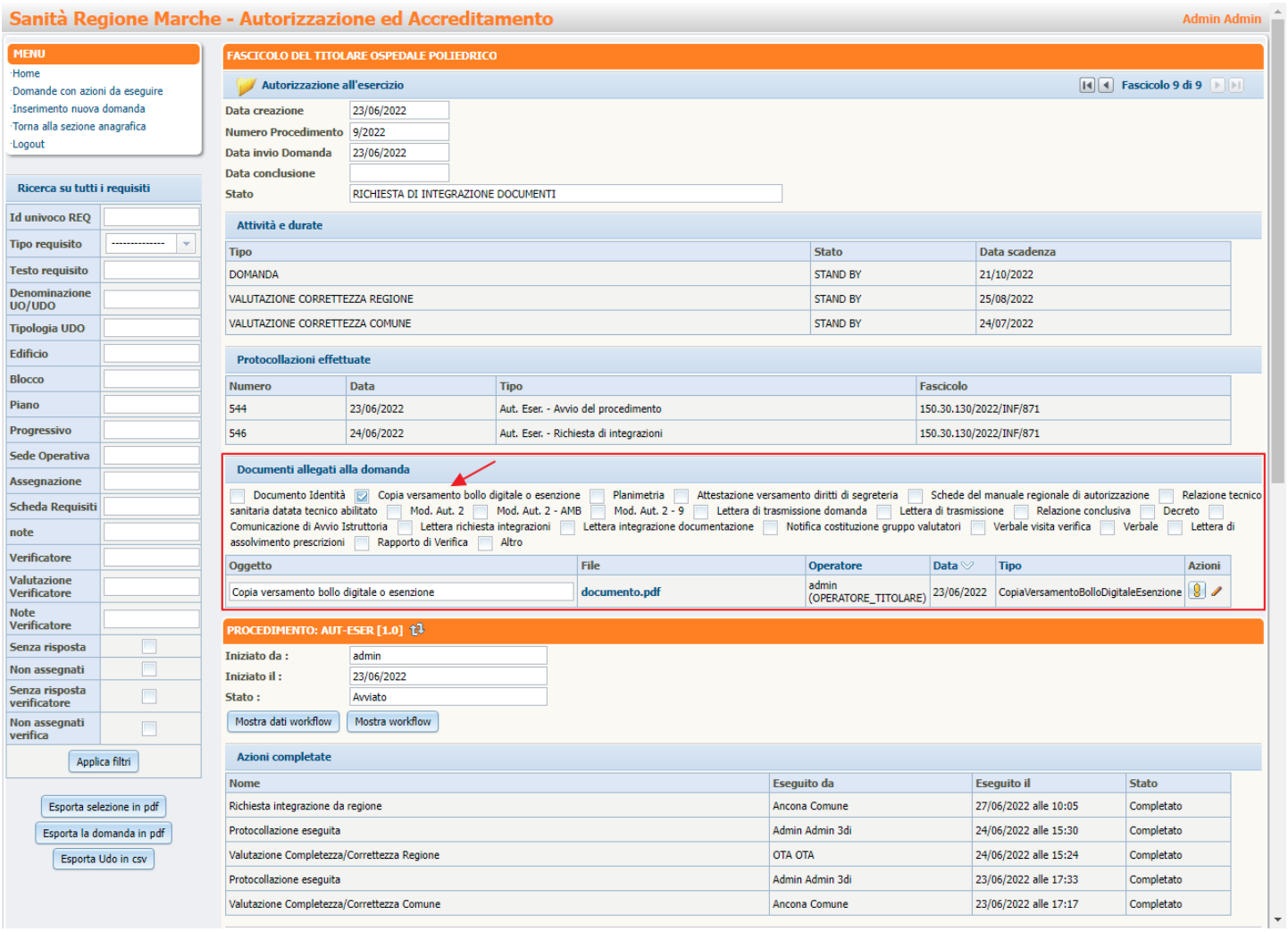
Nella schermata dei procedimenti, si seleziona la domanda di interesse, in particolare la domanda contrassegnata da Numero Procedimento 9/2022 che ora ha come stato della domanda “Richiesta di integrazione documenti”:



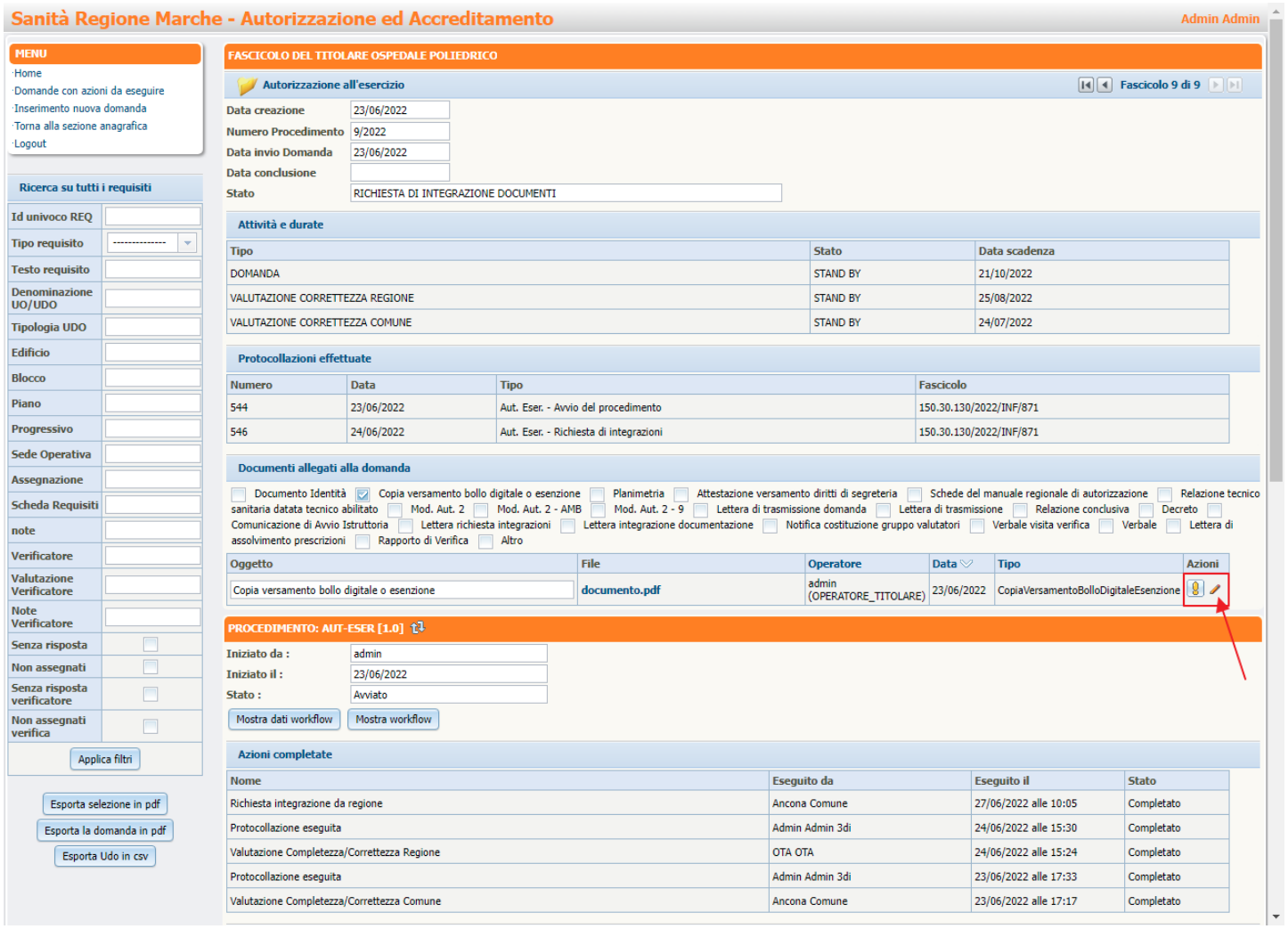
Nella sezione Procedimento: AUT-ESER nella parte denominata Azioni da eseguire, facciamo click sull'icona “i” per verificare quale è il documento che è necessario andare ad integrare (vediamo che è il Copia versamento bollo digitale o esenzione):



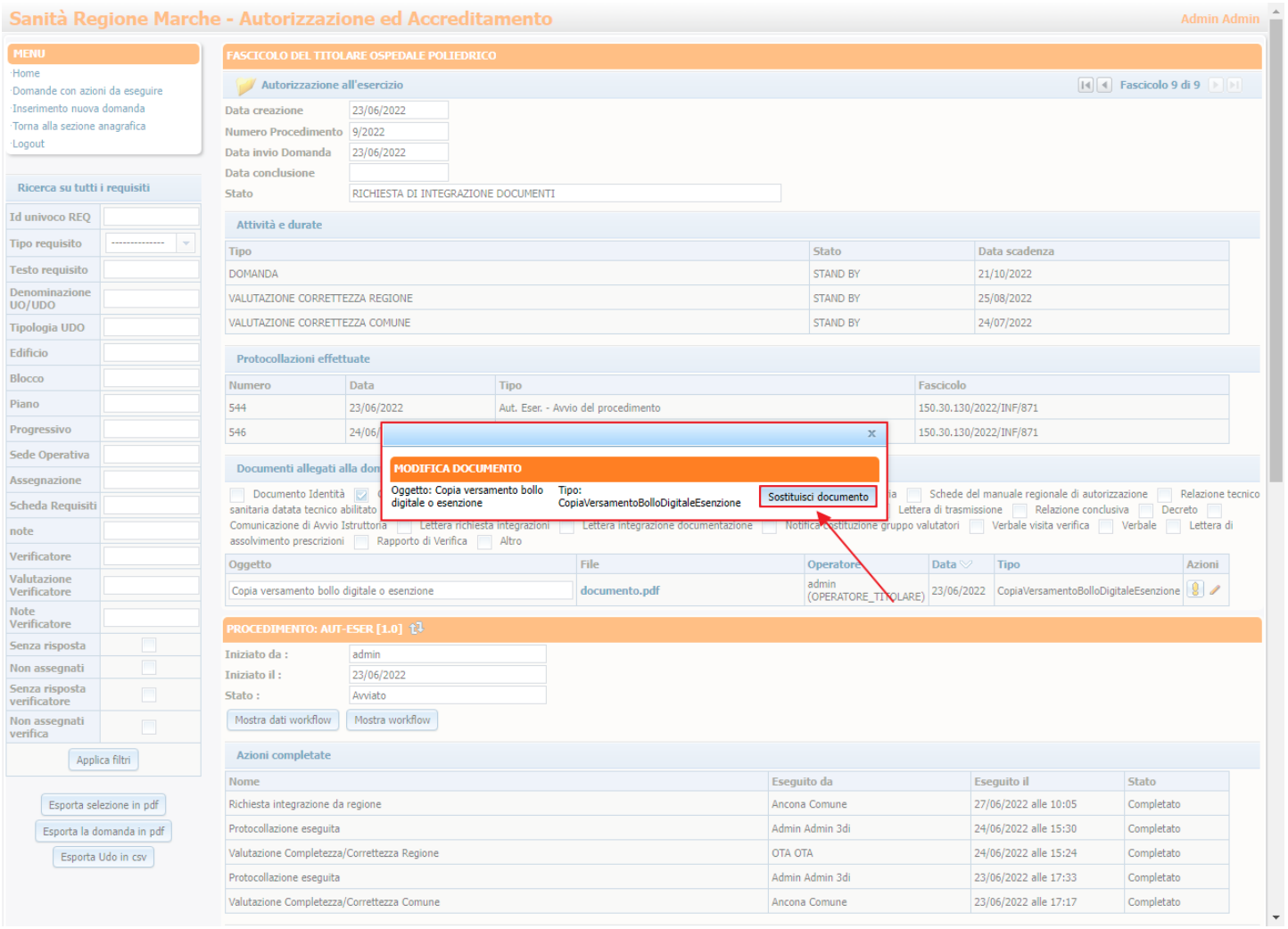
Quindi nella sezione Documenti allegati alla domanda, selezioniamo con la spunta Copia versamento bollo digitale o esenzione:



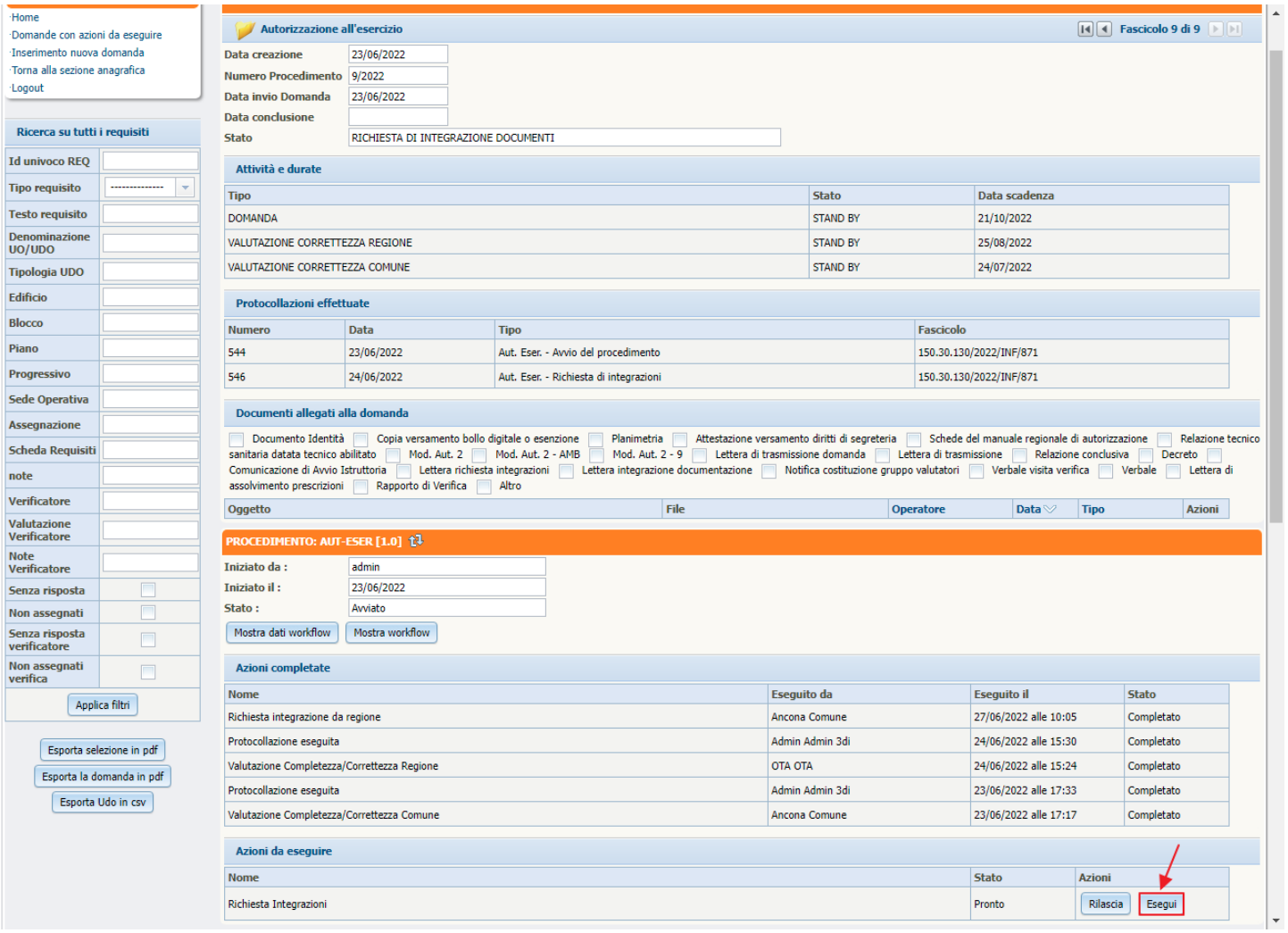
Poi nella parte sottostante, nella colonna Azioni, facciamo click sull'icona della matita;



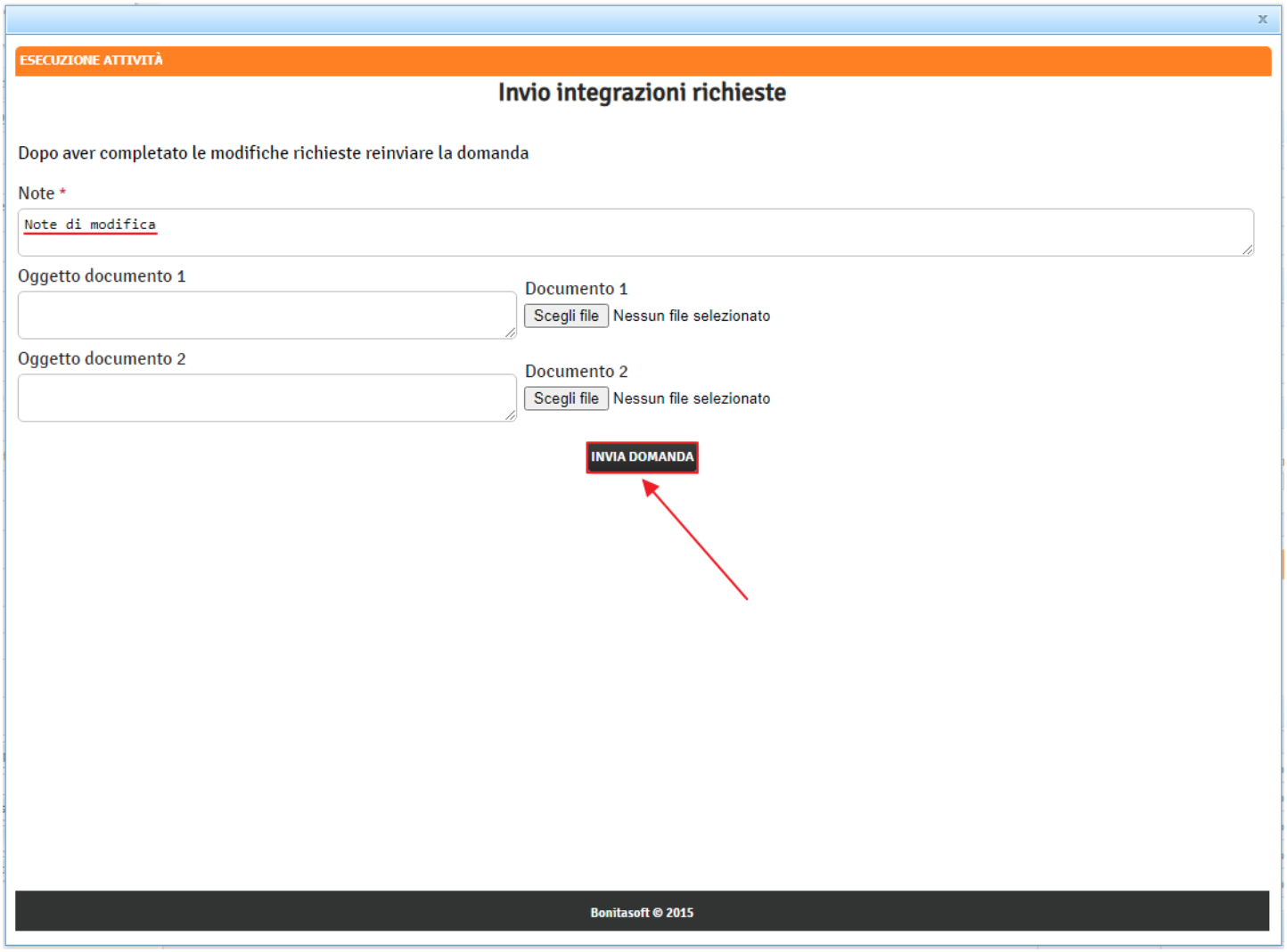
Nella finestra che viene aperta facciamo click sul pulsante Sostituisci documento e carichiamo il documento con cui sostituire quello selezionato:



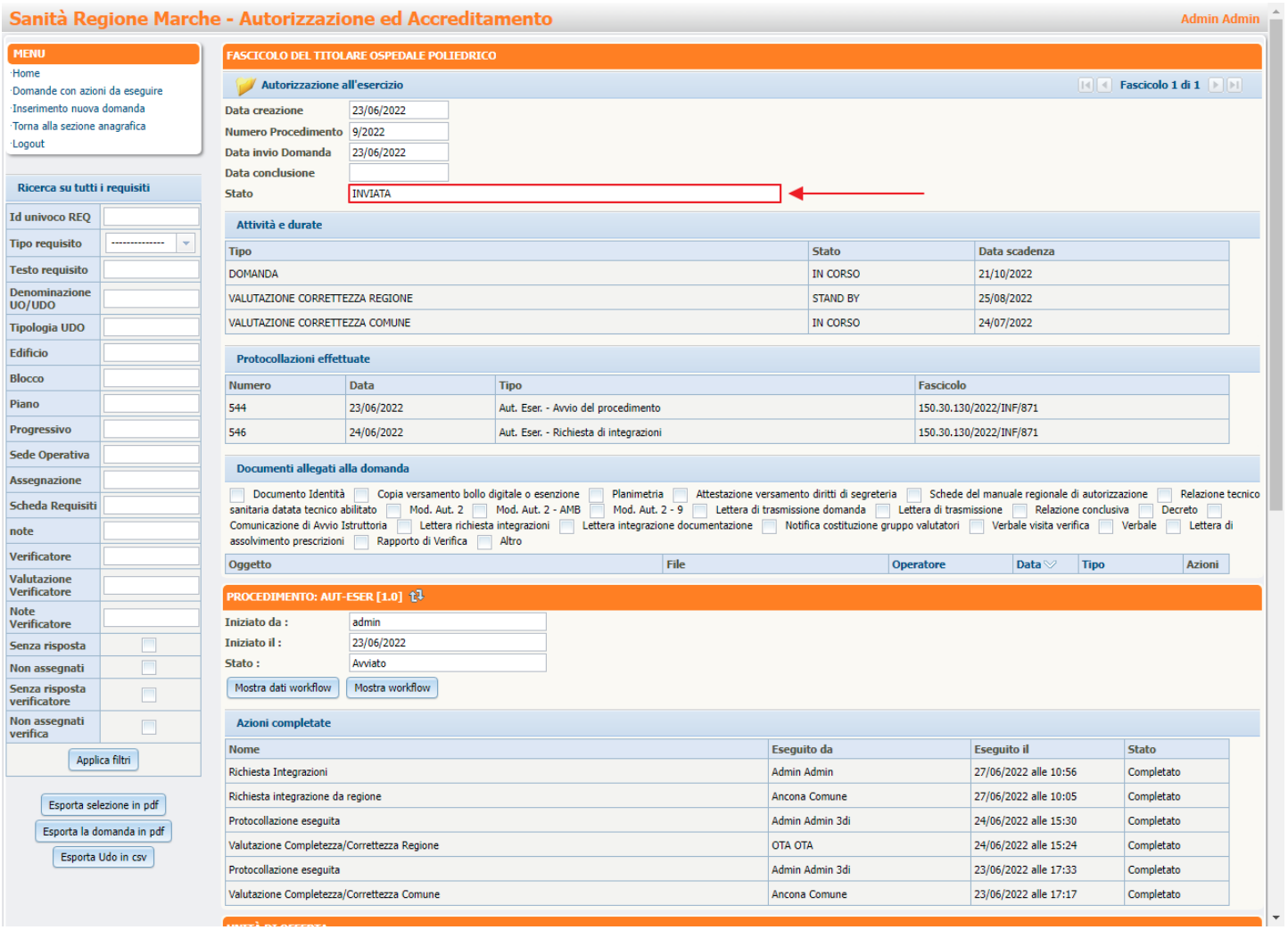
Re-inviamo la domanda facendo click sul pulsante Esegui della sezione Azioni da eseguire:



Nella finestra di Esecuzione attività che viene aperta, aggiungiamo una nota testuale nelle Note e clicchiamo sul pulsante Invia domanda:



La domanda è stata re-inviata:


Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditamento
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
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
Protocollazioni 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
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
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
Protocollazione eseguita | Admin Admin 3di | 24/06/2022 alle 15:30 | Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione | OTA OTA | 24/06/2022 alle 15:24 | Completato
Protocollazione eseguita | Admin Admin 3di | 23/06/2022 alle 17:33 | Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune | Ancona Comune | 23/06/2022 alle 17:17 | Completato