A.re.A Marche - Manuale Operatore Titolare - Gestione domanda

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 March	e - Auto	orizzazione e	ed Accreditamen	ito			Admin Adn						
MENU	FASCICO	ASCICOLO DEL TITOLARE: OSPEDALE POLIEDRICO											
Home Domande con azioni da eseguire	Elenco F	ascicoli				I	🖣 Pag 1 di 1 🕨 🕅						
nserimento nuova domanda orna alla sezione anagrafica ogout	Stato/Pro Data creaz Data invio Data conc Pulisci	cedimentosc zione dasc domanda da	egli lo stato 💌selezi v v v	a a									
	Тіро	Numero Procedimento	Oggetto	Data Creazione	Data invio Domanda	Data Conclusione	Stato Domanda						
	₹		Ospedale poliedrico	22/11/2021									
	L		Atti	22/11/2021									
	L🏏	4/2022	Autorizzazione all'esercizio	20/01/2022	20/01/2022	20/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO						
	L🏏	5/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	21/01/2022	21/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO						
	L🏏	6/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	10/02/2022		FASE ISTRUTTORIA						
	L	7/2022	Autorizzazione all'esercizio	12/04/2022	12/04/2022		GESTIONE DELLE VERIFICHE INSERIMENTO VERIFICHE						

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

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditamento

Admin Admin

MENU	UNITÀ DI OFFERTA	PER IL TITOLARE O	SPEDALE POLIED	RICO				
·Home ·Domande con azioni da eseguire	Autorizzazione all'eser	cizio 👻 Creazione	Domanda Titolare	Sono st	ate selezionate: 0 l	Unità operative e 0 Uni	tà di Offerta	
Inserimento nuova domanda Torna alla sezione anagrafica	Elenco UDO							
Logout	Codice Ente Denominazione							
	Tipo Udo							
	Disciplina Sede Operativa		Bran Unită	a Operativa				
	Direttore Codice Univoco							
	Applica filtri Puli	sci						
	Codice Univo	co Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO		Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	
	UO Ospedale	poliedrico						-
	732-10762	12345	prova udo RTI 4	STROKE UNIT (I LIVELI	.0 - II LIVELLO)	Detenuti		
	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELI	.0 - II LIVELLO)	GRANDI USTIONI		

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

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditamento

ENU	UNITÀ DI OFFERTA PER IL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO
ne nande con azioni da eseguire	Autorizzazione all'esercizio 🔻 Creazione Domanda Titolare Sono state selezionate: 1 Unità Operative 1 Unità di Offerta
erimento nuova domanda na alla sezione anagrafica	Elenco UDO
out	Codice Ente
	Denominazione
	Tipo Udo
	Disciplina Branca
	Sede Operativa Unità Operativa
	Direttore
	Codice Univoco
	Applica filtri Pulisci
	Codice Univoco Codice ORPS Denominazione Tipologia UDO Discipline/Ambiti Branche Attività (cod "spe")
	UO Ospedale poliedrico
	732-10762 12345 prova udo RTI 4 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) Detenuti
	732-39390 12345 prova udo RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) GRANDI USTIONI

Si clicca sul pulsante in alto denominato Creazione Domanda Titolare:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditamento

Admin Admin

MENU	UNITÀ DI OFFERTA	PER IL TITOLARE O	SPEDALE POLIED	исо									
tome Domande con azioni da eseguire	Autorizzazione all'eserc	izio 🔻 Creazione	Domanda Titolare	Sono state selezionate: 1	Unità Operative 1 Ur	nità di Offerta							
nserimento nuova domanda	Elenco UDO												
.ogout	Codice Ente												
	Denominazione												
	Tipo Udo Disciplina		Bran	ca									
	Sede Operativa	Unità Operativa											
	Direttore												
	Codice Univoco	d											
		d											
	Codice Univoc	co Codice ORP5	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")							
	UO Ospedale p	ooliedrico				-							
	732-10762	12345	prova udo RTI 4	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	Detenuti								
	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	GRANDI USTIONI								
	-	10045	1.0713										

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

test-autac.regione.marche.it dice	
Procedere con l'operazione?	
ОК	Annulla

A questo punto si apre la schermata della domanda:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditament

MENU	FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO	
Home		M Fascicolo 1 di 1
Domande con azioni da eseguire		
Inserimento nuova domanda	Data creazione 21/04/2022	
·Logout	Numero Procedimento	
	Data invio Domanda	
Ricerca su tutti i requisiti	Data conclusione	
	Stato BOZZA	
Id univoco REQ	Nessun allegato presente	
Tipo requisito v	Aggiungi Udo/Uo Elimina Udo/Uo selezionate	
Testo requisito	Elimina la domanda	
Denominazione UO/UDO	Annotazione	
Tipologia UDO		
Edificio	* Oggetto seleziona tipo allegato Carica allegato Carica allegato	
Blocco		
Piano	UNITÀ DI OFFERTA	
Progressivo	Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]	
Sede Operativa	Codice Ente	
Assegnazione	Denominazione	
Scheda Requisiti	Tipo Udo	
note	Disciplina Branca	
Verificatore	Area Discipline	
Valutazione	Classificazione UDO Visità Operativa	
Note	Edificio Blocco	
Verificatore	Piano Progressivo	
Senza risposta	Direttore	
Non assegnati	Codice Univoco	
Senza risposta verificatore	Scadenza da 🖉 🖉 a	
Non assegnati verifica	Mostra solo con RS Area vasta	
Applica filtri	Applica filtri Pulisci	
Assegna tutti i selezionati	Codice Univoco Codice ORPS Denominazione Tipologia UDO Discipline / Ambiti una vici una de la Requisiti	Esito Aziopi
UO	Contraction of the second seco	
Persona	Scheda Requisiti	
Assegna	UO Ospedale poliedrico	× III

Inserimento requisiti generali

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

UNITA DI UFFERIA								
Elenco UDO [Sono state	selezionate: 0	Unità operative e	0 Unità di Offerta]					
			7					
Codice Ente								
Denominazione								
Tipo Udo								
Disciplina			Branca					
Area Discipline		-						
Classificazione UDO								
Sede Operativa			Unità Operativa	a				
Edificio			Blocco					
Piano			Progressivo					
Direttore								
Codice Univoco								
Scadenza da			а	•				
Mostra solo con RS								
Area vasta								
Applica filtri Pulisci								
Ordinamento	Gerarchico					/		
Codice Univoco Co	odice ORP5	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti Branche Attività (con	l "spe") Requi	isiti	Esito	Azioni
Requisiti Generali						Scheda Requisiti 📰	1	
UO Ospedale polied	rico							× II
732-39390 12	345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI	47 - GRANDI USTIONI		Scheda Requisiti		× II

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

Risposta della tabella:

spondi a tutti i	i selezionati	sa	IEDA REQ	UISITI											
🔻	Applica	Li	sta dei Re	quisiti										ag 1 di	1 🕨
operazione ha efi requisiti di	fetto solamente per tipo 'Si/No'	Req	uisiti Gene Id						Piano di	Modalità di	Tempi di	Scadenza	Prescrizioni		
			REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	intervento	adeguamento	adeguamento	Adeguamento	Adeguamento	storia	Azio
ra				spazi per attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, per											
ivoco REQ			OSPT.01	accettazione ed attività amministrative anche in comune fra		Si 💌	1	1	No 💌	1	1				
requisito	🔻			più attività sanitarie opportunamente dimensionate											
requisito				pareti e pavimenti delle camere di degenza e dei locali visita			\backslash								
nazione				medicazioni, indagini strumentali rivestiti o trattati con materiali			\backslash								
a Requisiti				ignifughi, lavabili, disinfettabili, con superfici lisce e raccordo											
			OSPT.02	arrotondato al pavimento*, con caratteristiche antisdrucciolo e		💌	1	1	No	1	1	-			
atore				resistenti agli agenti fisici e chimici * Nota : obbligatorio nei locali di											
azione catore				nuova costruzione; nei locali già in essere esiste evidenza di raccordo											
atore				arrotondato nelle ristrutturazioni in programma											
risposta				locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server											
ssegnati			OSPT.03			🔻	1	1	No 👻	1	1	-			
risposta atore															
ssegnati ca			OSPT.04	un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie		🔻	1	/	No 💌	1	1				
Applica filtri	i Pulisci		OSPT.05	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)		💌	1	/	No 💌	1	1				
egna tutti i se	elezionati			armadi, carrelli e apparecchiature facilmente lavabili e dicinfettabili											
-			OSPT.06	che garantiscono la conservazione in sicurezza ed integrità dei farmaci.		🔻	1	1	No 💌	1	1				
				dei dispositivi medici e delle apparecchiature											
Ann	dica		OSPT.07	unità radiologica portatile per grafia		💌	1	1	No	1	1	-			
Abb	inca -													a 1 di	1 6
a/Incolla No	ote/Evidenze													ag 1 ai	10
e 🕅	Evidenze														
zionare almer	no una opzione di														
copia: Note e	e/o Evidenze														
/a Salva e	e torna Torna														

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	sa	HEDA REQ	UISITI											
Si	Applica	Li	ista dei Ro	equisiti										ag 1 di 1	
All fact and fact and fact and	Contra co	Rec	uisiti Gene	rali											^
"L'operazione na e requisiti d	li tipo 'Si/No'		Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
Filtra	\			spazi per attesa e relativi servizi											
Id univoco REQ			OSPT.01	accettazione ed attività amministrative anche in comune fra		💌	1	P	No 💌	1	1	•			
Tipo requisito				più attività sanitarie opportunamente dimensionate											
Testo requisito				pareti e pavimenti delle camere di degenza e dei locali visita.											
Assegnazione				medicazioni, indagini strumentali											
Scheda Requisiti				ignifughi, lavabili, disinfettabili, con											
note			OSPT.02	arrotondato al pavimento*, con			/	1	No	/	/				
Verificatore				resistenti agli agenti fisici e chimici											
Valutazione Verificatore				Nota : obbligatorio nei locali di nuova costruzione; nei locali già in essere esiste evidenza di raccordo											
Note Verificatore				arrotondato nelle ristrutturazioni in programma											
Senza risposta				locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica											
Non assegnati Senza risposta			OSPT.03	frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server		💌	/	1	No	/	/				
verificatore Non assegnati verifica			OSPT.04	un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie		💌	1	1	No	1	/	-			
Applica filt	Pulisci		OSPT.05	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)		💌	1	1	No	1	1	-			
Assegna tutti i s UO Persona	selezionati		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			1	1	No	1	1				
Ap	pplica		OSPT.07	unità radiologica portatile per grafia		💌	1	1	No 🔻	1	1	•			•
Copia/Incolla N Note Selezionare alme copia: Note	lote/Evidenze Evidenze eno una opzione di e/o Evidenze												e e p	ag 1 di 1	
Salva Salva Esport	ta in csv														

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:

Rispondi a tutti i	i selezi	ionati	sa	HEDA REQ	UISITI											
Si 👻		Applica	Li	ista dei Ro	equisiti									I I P	ag 1 di 🛛	
			Reg	uisiti Gene	rali											
*L'operazione ha eff requisiti di	tipo 'Si	olamente per /No'		Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
Filtra					spazi per attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, per											
Id univoco REQ				OSPT.01	accettazione ed attività amministrative anche in comune fra aiù attività capitario		Si	/	1	No	/	/	•			
Tipo requisito					opportunamente dimensionate											
Testo requisito					pareti e pavimenti delle camere di degenza e dei locali visita,											
Assegnazione					medicazioni, indagini strumentali rivestiti o trattati con materiali											
note					superfici lisce e raccordo arrotondato al pavimento*, con											==
Verificatore				OSPT.02	caratteristiche antisdrucciolo e resistenti agli agenti fisici e chimici		Si	/		No						
Valutazione					* Nota : obbligatorio nei locali di nuova costruzione; nei locali già in											
Note					essere esiste evidenza di raccordo arrotondato nelle ristrutturazioni in programma											
Senza risposta					locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica,											
Non assegnati Senza risposta				OSPT.03	frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server		Si	/	/	No	Ø	/				
Non assegnati verifica				OSPT.04	un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie		Si	1	1	No	ø	1				
Applica filtri	i Pu	ulisci		OSPT.05	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)		Si	1	1	No	1	1	•			
Assegna tutti i se UO Persona	elezior	nati		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 💌	1	,	No	1	1				
App	plica			OSPT.07	unità radiologica portatile per grafia		Si 💌	1	1	No 🔻	Ø	Ø	•			•
															ag 1 di :	
Copia/Incolla Note Note Selezionare almer copia: Note Salva Salva Esportz	ote/Evi Eviden no una e/o Evic e torna a in csv	idenze opzione di denze Torna		-												

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:

UNITA DI OFFERTA												
Elenco UDO [Sono state sele	zionate: O 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												
Area vasta												
Applica filtri Pulisci												
Ordinamento	Gerarchico	-										
Codice Univoco Codice	ORP5 Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni					
Requisiti Generali					Scheda Requisiti 🔡 💄							
UO Ospedale poliedrico							× II					
732-39390 12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI	47 - GRANDI USTIONI		Scheda Requisiti 📰 💄		× II					

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

Rispondi a tutti	i i selezi	onati	sa	HEDA REQUI	5111														
	-	Applica	Li	ista dei Requ	isiti											I Pa	g 1 di 1		
81 'en erezione ha e	-ffatta aa	lamente nor	Sec	le Operativa	SO Ospedale	poliedrico													•
requisiti d	di tipo 'Si/	'No'	Uni Org	ità janizzativa	UO Ospedale	poliedrico													
Filtra			Uni Off	ità di erta	732-39390	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO	- II LIVELLO) - 73	2 - RTI										
Id univoco REQ Tipo requisito			Dis Am	ciplina- bito/Branca	B- Area Chirur GRANDI USTI letto AU: 8, po	rgica 47 - ONI, posti osti letto													
Testo requisito			Fat	tori	AC: 8, tipo PL	: ATTUATI													
Assegnazione			produttivi Indiziza																
Scheda Requisiti	i 🗌		Indirizzo interno Ital																
note				Id Univoco peo Testo Requisito Assegnazione Risposta Risposta evidenze note evidenze note peo Piano di intervento adeguamento adeguamento Adeguamento Adeguamento															
Verificatore				REQ							Intervento	_	aueguamento	aueguamento	Adeguamento	Adeguamento			
Valutazione Verificatore				RTI.01	La superficie r per ogni dege singola è di 10	ninima nza 5 mg		Si 👻	P	1	No	•	Ø	1	•				
Note Verificatore					La superficie r per le degenzo	ninima e multiple						_		ø					
Senza risposta				RTI.02	è di 12 mg pe letto	r posto		👻	/	1	No	-	/	/	Ľ				
Non assegnati Senza risposta				PTI 03	La superficie r consente agev	ninima /oli			/	/	No	Ţ	1	/					
verificatore Non assegnati				11100	manovre assis sui quattro lat	tenziali i					110								
verifica				RTI.04	una zona filtro			🔻	1	/	No	•	1	/	·				
Applica filt	tri Pu	Ilisci		RTI.05	un locale med	ici		🔻	1	1	No	•	1	1	-				
Assegna tutti i	selezion	ati		RTI.06	un locale lavo infermieri	ro		💌	P	1	No	•	1	1	•				
UO				RTI.07	servizi igienici personale	per il			1	1	No	•	ø	1	•				
Persona Ap	pplica			RTI.08	aree/arredi fa raggiungibili p stoccaggio di di consumo, fi	cilmente er lo materiale armaci e			/	/	No	•	1	/					-
																I Pa	ig 1 di 1		
Copia/Incolla N	Note/Evi	idenze																	
Note	Eviden	ze																	
Selezionare alme copia: Note	eno una e e/o Evic	opzione di lenze																	
Salva Salva	e torna	Torna																	
Esport	ta in csv																		

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	s	CHE	EDA REQUIS	5111												
Si	Applica		List	ta dei Requ	isiti										a g 1 di 1		
		s	ede	Operativa	SO Ospedale poliedrico											-	
*L'operazione ha e requisiti di	i tipo 'Si/No'	U	Inità)rga	à nizzativa	UO Ospedale poliedrico												
Filtra	``````````````````````````````````````	\ u	Inità)ffer	à di rta	732-39390 prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO	D - II LIVELLO) - 73	2 - RTI									
Id univoco REQ Tipo requisito	-	D)iscij Imbi	plina- ito/Branca	B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, post letto AU: 8, posti letto AC: 8, tino PI: ATTUAT	i T											
Testo requisito		F	atto	ori		•											
Assegnazione		I	ndir	rizzo	Edificio: 001 - Ala est Blocco: 14 Piano: 2 Progressivo: 678												
note			1 I	no Id						Piano di	Modalità di	Tempi di	Scadenza	Prescrizioni			
Verificatore			a	Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	intervento	adeguamento	adeguamento	Adeguamento	Adeguamento	storia	Azioni	
Valutazione Verificatore			2	RTI.01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mg		💌	1	1	No	/	1					
Note Verificatore				RTL02	La superficie minima per le degenze multiple				/	No		,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
Senza risposta					e di 12 mg per posto letto												
Non assegnati Senza risposta verificatore			I F	RTI.03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali cui quattro lati		💌	1	1	No	/	1					
Non assegnati verifica			F I	RTI.04	una zona filtro			/	1	No	/	/	-				
Applica filt	ri Pulisci		I F	RTI.05	un locale medici			1	1	No		/	-				
	1		2 F	RTI.06	un locale lavoro		💌	1	1	No	/	1	·				
Assegna tutti i s	selezionati		2 F	RTI.07	servizi igienici per il personale			1	1	No	/	/	▼				
Persona	plica		a t	RTI.08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e			1	,	No	,	1					
														I P	ag 1 di 1		
Copia/Incolla N	lote/Evidenze																
Note	Evidenze																
Selezionare alme copia: Note	eno una opzione di e/o Evidenze																
Salva Salva	e torna Torna																
Caport																	

Admin Admin

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:

Rispondi a tutti	i i selezi	onati	sa	HEDA REQUI	5111														
Si		Applica	Li	ista dei Requ	isiti													ag 1 di 1	
Si 'energriene ha e	ffette er	lamente ner	Sec	de Operativa	SO Ospedale	poliedrico													^
requisiti d	li tipo 'Si	/No'	Uni Org	ità ganizzativa	UO Ospedale	poliedrico													
Filtra			Uni Off	ità di erta	732-39390	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO	- II LIVELL	.0) - 73	2 - RTI									
Id univoco REQ Tipo requisito			Dis Am	ciplina- ibito/Branca	B- Area Chiru GRANDI UST letto AU: 8, p	irgica 47 - IONI, posti posti letto													
Testo requisito					AC: 8, tipo P	L: ATTUATI													
Assegnazione	-		Fat pro	duttivi															
Scheda Requisiti			Ind	lirizzo erno	Edificio: 00	1 - Ala est	Blocco: 14	Piano: 2		Progressi	vo: 67	8							
note				Id Univoco	Testo Requ	isito	Assegnazione	Risposta		evidenze	note	Piano di intervento		Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
Verificatore				πεų	La superficie	minima													
Valutazione Verificatore				RTI.01	per ogni deg singola è di 1	enza .6 mg		Si	-	/	1	No	-	/	/				
Note Verificatore					La superficie	minima ze multiple													
Senza risposta				RTI.02	è di 12 mg p letto	er posto		Si	-	/	/	No	-	/	/				
Senza risposta verificatore				RTI.03	La superficie consente age manovre assi	minima voli istenziali		Si	-	1	1	No	-	/	1				
Non assegnati					sui quattro la	ti													
verifica		linei		RTI.04	una zona filti	0		Si	-	/	1	No	-	/	/				
Applica Ilic		JIISCI		RT1.05	un locale me	dici		Si	•	/	/	No	•	/	/				
Assegna tutti i s	selezior	iati		RTI.06	un locale lave infermieri	pro		Si	-	1	1	No	-	1	1	•			
UO				RTI.07	servizi igienio personale	i per il		Si	-	1	1	No	-	1	1				
Persona Ap	oplica			RTI.08	aree/arredi fa raggiungibili stoccaggio di di consumo,	acilmente per lo materiale farmaci e		Si	-	/	/	No	-	P	P				
																		ag 1 di 1	
Copia/Incolla N Note Selezionare alme copia: Note Salva Salva Esport	lote/Ev Eviden eno una e e/o Evid e toma ta in csv	idenze ze opzione di denze Torna																	

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:

UNITA DI OFFERTA				
Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità ope	rative e 0 Unità di Offerta]			
California (
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				
Area vasta				
Applica filtri Pulisci				
Ordinamento Gerarchico	-		1	
Codice Univoco Codice ORP5 Denomin	azione Tipologia UDO	Discipline/Ambiti Branche Attività (cod "spe")	Requisiti Esito	Azioni
Requisiti Generali			Scheda Requisiti	
UO Ospedale poliedrico				× ==
732-39390 12345 prova udo	RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI	47 - GRANDI USTIONI	Scheda Requisiti	×

Presentazione domanda

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

×

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditamento

Sanità Re	gione March	e - Autorizzazione ed Accreditamento	Admin Admin
MENU		FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO	Fascicolo 1 di 1 D D
Domande con azion Inserimento nuova Torna alla sezione a Logout	ni da eseguire domanda anagrafica	Data creazione 21/04/2022 Numero Procedimento	
Ricerca su tutti	i requisiti	Data conclusione Stato B02ZA	
Id univoco REQ		🔘 Nessun allegato presente	
Tipo requisito	•	Aggiungi Udo/Uo Elimina Udo/Uo selezionate	
Testo requisito		Elimina la domanda	
Denominazione UO/UDO		Annotazione	
Tipologia UDO			
Edificio		* Oggetto seleziona tipo allegato Carica allegato Carica allegato	
Blocco			
Piano		UNITÀ DI OFFERTA	
Progressivo		Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]	
Sede Operativa		Codice Ente	
Assegnazione		Denominazione	
Scheda Requisiti		Tipo Udo	
note		Disciplina Branca	
Verificatore		Area Discipline	
Valutazione		Classificazione UDO Sede Operativa Unità Operativa	
Note		Edificio Blocco	
Verificatore		Piano Progressivo	
Senza risposta		Direttore	
Non assegnati		Codice Univoco	
Senza risposta verificatore		Scadenza da v a v	
Non assegnati verifica		Area vasta	
Appli	ca filtri	Applica filtri Pulisci	
		Ordinamento Gerarchico 💌	
Assegna tutti i s	selezionati	Galia Universi Calia 000C Decemination Technic UDO Discipling (Archii) Branche Deceminitie	Tothe Asiani
UO		Cource on the cource on s Denominazione Tripologia obo Discipline/Annoral Attività (cod "spe") Requisid	LSILO AZIONI
Persona		Requisiti Generali Scheda Requisiti	
Ass	egna	IIO Osnetale 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:

Admin Admin 📤

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditamento

MENU			
Home		TACLOUD DE HIVEARE OFFERRE FOLLONICO	
Domande con azio	ni da eseguire	🤛 Autorizzazione all'esercizio	Fascicolo 1 di 1 🕨 📕
Inserimento nuova	domanda	Data creazione 21/04/2022	
·Torna alla sezione a	anagrafica	Numero Procedimento	
Logout		Data invio Domanda	
		Data conclusione	
Ricerca su tutti	i requisiti	Stato BOZZA	
Id univoco REQ		Nessun allegato presente	
Tipo requisito	🔻	Aggiungi Udo/Uo Elimina Udo/Uo selezionate	
Testo requisito		Elimina la domanda	_
Denominazione UO/UDO		Annotazione	
Tipologia UDO			
Edificio		* Oggetto Carica allegato 🝸 Carica allegato	
Blocco			
Piano		UNITÀ DI OFFERTA	
Progressivo		Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]	
Sede Operativa		Codice Ente	
Assegnazione		Denominazione	
Scheda Requisiti		Tipo Udo	
note		Disciplina Branca	
Varificatoro		Area Discipline	
venicatore		Classificazione UDO	
Valutazione Verificatore		Sede Operativa Unità Operativa	
Note		Edificio Blocco	
Verificatore		Piano Progressivo	
Senza risposta		Direttore	
Non assegnati		Codice Univoco	
Senza risposta		Scadenza da 🛛 👻 a	
Non assegnati		Mostra solo con R5	
verifica		Area vasta	
Appli	ica filtri	Appreciation (rouse)	
		Ordinamento Gerarchico	
Assegna tutti i s	selezionati	Codice Univoco Codice ORPS Denominazione Tipologia UDO Discipline/Ambiti un al como se Requisiti	Esito Azioni
UO		Attivita (cod "spe")	
Persona	💌	Requisiti Generali Scheda Requisiti	
Ass	egna	IIO Osnedale 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:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditamento

Sanità Reg	gione March	e - Autorizzazione ed	Accreditamento				I	Admin Admin
MENU		FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEI	DALE POLIEDRICO					
Home Domande con azior Inserimento nuova Torna alla sezione a Logout	ni da eseguire 1 domanda anagrafica	Autorizzazione all'esercizio Data creazione 21/04/202 Numero Procedimento	2				ৰি ৰ Fascicolo 7 c	li 7 🕨 🖻
Ricerca su tutti	i requisiti	Data conclusione Stato BOZZA						
d univoco REQ		Genera Mod. Aut. 2						
lipo requisito		Nessun modello trovato						
lesto requisito		Aggiungi Udo/Uo Elimina Udo/U	lo selezionate					
Denominazione JO/UDO		Elimina la domanda						
Fipologia UDO		Annotazione			Inserisci annotazione			
Edificio								
Blocco		* Oggetto			seleziona tipo allegato	- 🔽 Car	ica allegato	
Piano				//				
progressivo		Documenti allegati alla domand	la					
5ede Operativa		🔽 Documento Identità 💟 Copia	a versamento bollo digitale o eser	nzione 📝 Planimetria 💟 Attestazione v	ersamento diritti di segreter	ia 🔽 Sche	de del manuale regionale di autorizzazione 🛛 🛛	elazione tecnico
Assegnazione		Comunicazione di Avvio Istruttoria	Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 Lettera richiesta integrazioni	AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di Lettera integrazione documentazione	Notifica costituzione gr	Lettera di tr uppo valutato	ri Verbale visita verifica Verbale	eto Lettera di
5cheda Requisiti		assolvimento prescrizioni 📃 Rapp	orto di Verifica 📃 Altro	1				
iote		Oggetto		File	Operatore	Data 💛	Тіро	Azioni
/erificatore		Documento Identità		documento.pdf	(OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	×
/alutazione /erificatore		Copia versamento bollo digitale o ese	enzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	×
Vote Verificatore		Planimetria		documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	×
Senza risposta		Attestazione versamento diritti di seg	greteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	×
lon assegnati		Schede del manuale regionale di aut	orizzazione	documento.pdf	admin	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	×
verificatore		Relazione tecnico sanitaria datata teo	cnico abilitato	documento.pdf	admin	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	×
Non assegnati verifica		Ľ			(OFERATORE_IITOLARE)			
Appli	ica filtri	UNITÀ DI OFFERTA Elenco UDO [Sono state selezion	nate: 0 Unità operative e 0 Ur	nità di Offerta]				
Assegna tutti i s	selezionati	Codice Ente						
OL		Denominazione						
Persona		Tipo Udo		-				
		Disciplina Area Disciplina		Branca				
ASS	seyna	Area Discipline						

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:

		_	
	á	ς.	
		-	
L.,			

	<form></form>	rca da bollo nbro Esenzione		AI SUAP del Comune di	ANCONA	CHIEDE
		MANDA PE	ER IL RILASCIO DELL' AUTO REGIME DI RICOVERO OSPEI	RIZZAZIONE ALL'E	SERCIZIO DELL'ATTIVITA NTINUATIVO O DIURNO PER	, R il rilascio dell' Autorizzazione all'esercizio dell'antivita sazinaria
		TI, AI SEN	SI DELL'ART 9 DELLA L.R. 21/20)16.		
<pre></pre>		toscritta		_		nella struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diumo per acuti
		ome	ANCONA	Nome anto (a ll	/11/1940	denominata prova uno kr. N - NV oppenare portenrico
		1 A nte in		Prov 247	,, 1740	indirizzo sede Parco Belli 9 60124 ANCONA AN
		/Piazza	Roma	civico 4		tipologia stumura STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI
		C	74286375		and in contrast, inc.	specificare codice regolamento regionale
		we wa gualita' di-		email		In regime or novero objevanelo a colo commanio o ulario con un numero di posi reto pan a:
			Libero Professionista	_		
			P.WA (0.000 000)	eMail PEC	11111111111111111111111111111111111111	COMUNICA
			 Titolare di Azienda Individuale Legale Rappresentate 			di non essere in possesso, per la struttura in oggetto, delle autorizzazioni all'esercizio ai sensi della LR 20/2000
		ggetto Giuridico e	di seguito individuato			di essere in possesso, per la struttura denominata prova udo RTI 8 - SF Ospedale poliedrico delle autorizzazioni all'esercizio ai sensi dell LR 20/2000
		ne Sociale no Sede Levale	Via Brambilla	N	6	per la quale si allega copia
		Giuridica	Azienda ospedaliera			nlasciata il dal comme
		ue di	ANCONA 63587697989	CAP 601	124	
<pre>_ pt _ pt</pre>		PEC				
		0	2345	celiulare 234	456	
<form> </form>						
		si degli artt. 46 e 4 vate dall'art. 76 de HARA	 41 DPR n. 445/2000, consupervole delle sanzioni al DPR n. 445/2000. Le dichianazioni sono rese tia di che le struttura denominata indirizzo sede foglio cattatale 	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire polledrzicco 9 60124 ANCOMA AM	s vertiere, di formazione o uso di atti falsi, rettore Responsabile per quanto di competenza:	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario
 		si degli ant. 46 e 4 cante dall'art. 76 de HIARA	17 del DPR n. 445/2000, consaperole delle samioni d DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese tia d che le struttura denominata indizino seda foglio catutale particella	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire polledrico 9 60124 ANCOMA AN	s vertiere, di formazione o uso di atti falsi, eritore Responsabile per quanto di competenza:	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori
<pre>number of the start of the</pre>	In the tent of the max of the tent of t	si degil art. 46 e 4 ante dall'art. 76 de HIARA	17 del DPR n. 445/2000, consupervole delle samioni d DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese tia d che le struttara denominata indizizzo sede foglio catastale particella subparticella	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diru poliedrico 9 60124 ANCOMA AN	a vertifere, di formazione o uso di atti falsi, rettore Responsabile per quanto di competenza:	Data 21/04/2022 Firma Del Titolane Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori
denomine i control and genomicole ficial control de la préviet. denomine i préviet. denomin	decision decision de la contraction de la contraction de la precision de la contraction de la contraction de la precision de la contraction de la contraction de la precision de la contraction de la cont	si degli art. 46 e 4 cante dall'art. 76 de HIARA	17 del DPR n. 445/2000, consupervole delle saminoni d DPR.n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese tia d che le struttura desominata indizizzo seda foglio catastale particella subparticella e e stata realizzata in conformito" ai p minimi dei manuale regionale di aut	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diri polliedrico 9 60124 ANCOSIA AN rogetti approvati in sede di sutorizzat orizzazione	a vertiere, di formazione o uso di atti falsi, rettore Responsabile per quanto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i reguisiti	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori
<pre>kinks wir wir wir wir wir wir wir wir wir wir</pre>	<pre>kinase kinase kina</pre>	si degli unt. 46 e 4 nare dall' unt. 76 de HIARA	17 del DPR n. 445/0000, consaperole delle saminoni d DPR n. 445/0000. Le dichiarazioni sono rese sia d che le struttura denominata indirizzo seda particella sobparticella e é stata realizzati no conformito i aj minimi dei manuale regionale di au rilacciata ni data	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diri poliedrico 9 60124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di autorizzar orizzanone protocollo	a vertiere, di formazione o uso di atti falsi, rettore Responsabile per quanto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti	Data 21/04/2022 Firma Del Titolane Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori
<pre>spreadure spreadure s</pre>	<pre>sign cancel provide in provide in the second second in the second s</pre>	ii degli atti 46 e 4 ante dull'atti 76 de HIARA	17 del DPR n. 445/0000, consuperole delle saminoni al DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese sia d che le situattura denominata 80 Ospreda le indirizzo sede Parco nel 11 foglio catatale particella e inta realizzati n conformite ai p minimi del manuale regionale di sut rilasciata in data che le strumara(*) 80 Ospreda le	penali, nel caso di dichiaranioni non al Legale rappresentante che dal Diri poliedrzico 9 60124 ANCONA, AN 9 60124 ANCONA, AN rogetti approvati in sede di autorizzan orizzarione protocollo poliedrzico	i vertiere, di formazione o uso di anti falsi, entore Responsabile per quanto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori oppia del documento di identità di tutti idchiaranti attestazione versamento difiti di segreteria schede dei manuale regionale di autotzazzione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola strutura organizzativa e dal Direttore Santardo datte (tutte la pagine) planimetria della strutura in scala 1: 10 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sotoscritta dal tenico abilitato inolte, per le strutture da cultarizzione ad autorizzazione al autorizzazione di cui alfart. 5 deve essere allegata la relazzazione te noi os antaria datata e sotoscritta dal tenico abilitato inolte, per gette sentatime di cui alfart. 7 orma 2 non soggette ad autorizzazione saltitato abilitato e relazione tenicos antaria datata estotscritta dal tenico abilitato e del relazione tenicos antaria datata consociati dal dencico abilitato V Per i soggetti senti da imposta i bolto dolinazione sobilitato abilitato V Per i soggetti senti da monzi altoni soltitato al talina i norma data esotoscritta dal tenico abilitato altestato in data esotoscritta dal tenico abilitato V Per i soggetti senti da imposta i bolto dolinazione sobilitato altestato in dolinazione sobilitato indire di agrico abilitato altestato in data esotoscritta dal tenico abilitato V Per i soggetti senti da imposta i bolto dolinazione sobilitato altestato in dolina dolinazione sobilitato altestato i data indirezzione sobilitato altesta data dolinazione sobilitato indinteta altestato esotos
<pre>pice for the number of provide number of number o</pre>	<pre>pinced information in the pince is a constant to it gives much to it was a if do not not sequent and the sequent and the</pre>	si degli artt. 46 e 4 tante dull'art. 76 de HIARA	17 del DPR n. 445/0000, consupervole delle sanzioni al DPR n. 445/2000. Le dichianzioni sono rese sia d che le struttura denominata BO Oupenda le indirizzo sede Parco nel 11 foglio catatale patricella e inta realizzati n data ribasciata in data che le struttura?) denominata BO Oupenda le indirizzo sede Parco Rel 11	penali nel caso di dichiaranioni non al Legale rappresentante che dal Diri poliedirico 9 60124 ANCONA AN projetti approvati in sede di autorizzar orizzarione protocollo 9 60124 ANCONA AN	i vertiere, di formazione o uso di sui falsi, retore Responsibile per quatto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbilgatori ✓ copia del documento di identtà di tuti i dichiaranti ✓ astascione versamento di identtà di tuti i dichiaranti ✓ schede del manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsable della singola struttura organizzativa e dal Direttore Santario datte (tute la pagne) V Planimetria della struttura i scala 1: 10 con le destinazioni e le superfioi nette di ogni vano datata e sottoscritta da tecnico abilitato indrete, per le strutture da cillata 7. Cormo 2 non soggette a adutozzazione all'anzizzazione di cui all'at. 8 deve essere allegata la relazione tecnico santaria datata e sottoscritta dal tecnico abilitato ✓ Per i soggetti senti da imposta i bollo dichiazione sostituta di adi on concrieti (art. 38 e 47 del DPR 28 dicentore 2000, n.445) attestante il dinto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.
<pre>pice 1 security to present to register transmit a displaced a displaced and the special transmit and the control of the special transmit and the special transmit and tra</pre>	<pre>index to status to take the matrix begins to matrix to discuss the fibre of ef does the foregoint matrix to discuss the status the discuss to take the status to discuss the status to discus to discuss the status to discuss the status to</pre>	ii degli ant. 46 e 4 ante dull'art. 76 de IIARA	17 del DPR n. 445/0000, consupervole delle sanzioni al DPR n. 445/2000. Le dichianazioni sono rese sia d che le struttura denominata BO Oupenda le indirizzo sede particulta particulta e stata realizzata in conformito' ai p minimi del manule regionale di aut rilasciata in data che le struttura?') denominata BO Oupenda le indirizzo sede foglio catatale particulta che le struttura?') denominata BO Oupenda le indirizzo sede foglio catatale particulta	penali nel caso di dichiaranioni non al Legale rappresentante che dal Diri poliedirico 9 60124 ANICOMA ANI protocollo poliedirico 9 60124 ANICOMA ANI	i vertiere, di formazione o uso di sui falsi, retore Responsibile per quatto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori ✓ copia del documento di identtà di tuti i dichiananti ✓ schede del manuele regionale di autotzzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Schede del manuel regionale di autotzzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Schede del manuel regionale di autotzzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Schede del manuel regionale di autotzzazione il esuperfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal tecnico abilitato Inolfre, per le strutture di odi larta. 7 conno 2 non soggette ad autozzazione allezzazione di cui all'at. 8 deve essere allegata la reliazione tecnico santaria datata estotoscritta dal tecnico abilitato ✓ Per is soggetti senti da imposta lubilo diritazione sostituti da di to di notrietà (urt. 38 e 47 del DPR 28 dicentore 2000, n.445) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.
<pre>c una mutual regreend:</pre>	<pre>c unimume important. // a construction for all of al</pre>	ii degii anti 46 e 4 ante dall'art. 76 de ILARA	17 del DPR n. 445/2000, consuperole delle sanzioni d DPR n. 445/2000. Le dichianazioni sono rese sia d che le struttura denominata d'O Oupendalle indirizzo sede parco melli foglio catatale particella el stata realizzata in conformito ai p minimi del manuale regionale di su rilasciata in data che le struttura?') denominata di O Oupendalle indirizzo sede foglio catatale particella subparticella	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diru poliedirico 9 60124 ANCONA AN propetti approvati in sede di autorizzaz orizzazione protocollo 9 60124 ANCONA AN	i vertiere, di formazione o uso di sui falsi, retore Responsibile per quatto di competenza: nzione alla realizzazione e napetta i requisiti	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori opia del documento di identtà di tutti i dichianarti attestante versamento diritti di segretaria schede del manuale regionale di autotzazione firmate (per esleso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Santado datte (tutte le pagne) planimetria della struttura in scala 1: 100 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal tenicio abilitato inolfre, per le strutture da cillarta. Comma 2 non soggette ad ad tori dattori a datta e sottoscritti dal tenico abilitato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichiazione solititato Per i soggetti senti da imposta di bito dichinazione solititato i da bito incorieti (art. 3
<pre>idence in the intervent of intervent is regulations control that it galaxies inclusion is do granted in the intervent of intervent is of it of it. The intervent is of it. If it is it is intervent is of it is intervent is interve</pre>	<pre>difference difference difference di applicatione di appli</pre>	si degil ant 45 e 4 ant dall'art 76 de ILARA	 17 del DPR n. 445/2000, consuperole delle santioni del DPR n. 445/2000. Le dichianationi sono rese sia d che le struttura denominata 60 Oupendiale indirizzo sede Parcos Belli foglio catatale particella subparticella e' stata realizzata in conformite' ai p minimi del manuale regionale di sua rilasciata in data che le struttura(*) denominata foglio catatale indirizzo sede particella subparticella particella particella particella particella particella particella particella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella 	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diri polliedirico 9 60124 ANCONA AN polliedirico 9 60124 ANCONA AN 9 60124 ANCONA AN	i vertiere, di formazione o uso di atti falci, retore Responsibile per quatto di competenza: azione alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' donta dei requisiti minimi di	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori copia del documento di identà di tuti i dichianati attatacione versamento diritti di segretaria schede del manuale regionale di autotzzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Santaro datte (tute le pagine) planimetria della struttura in scala 1: 100 con le destinazioni e le superfio nette di ogni vano datta e sottoscritta dal tencino abilitati inoltre, per le strutture di cui all'art. 7 comma 2 non soggette ad autorizzazione all'arta (3 deve essere allegata la relazione teorio santaria datta e sottoscritta dal tencino abilitati Per i soggetti senti di any mosta datto di ottorico abilitati Per i soggetti senti da inposta di bilo dichiazione sostituita di datto di notrei della prevede.
<pre>intermediation intermediation reproduction in protocols that is in the improve of the sense di drivet, di decidence o di sepsensione di ci al l'articolo 67 del D. Ly. 6 sensesher 2011, n. 19; di decidenti difficulti di la la la la la presensi di cinati di presensi summo trittati anche con minumaria infimuntati, e ciccativamenta di all'articolo 67 del D. Ly. 6 sensesher 2011, n. 19; di decidenti di la difficulti di la presensi di cinati di presensi summo trittati anche con minumaria infimuntati, e ciccativamenta di all'articolo 67 del D. Ly. 6 sensesher 2011, n. 19; di decidenti di la difficulti di la presensi di trittati anche con minutati di muttati di presensi di trittati anche con minutati di muttati di presensi di trittati anche con minutati di muttati di presensi di trittati anche con minutati di muttati di presensi di trittati anche con minutati di muttati di presensi di trittati di di presensi summo di difficulti di la difficulti di di presensi di trittati di di presensi di trittati di di presensi di trittati di di presensi di di di presensi di di</pre>	<pre>inclusions in the important in the important is a properties of the proceeding of the starse of thirds of of the starse of the</pre>	si degli art. 45 e 4 cante dall'art. 76 de HIARA	 i7 del DPR n. 445/2000, consuperole delle sanzioni denominata 60 Ouperdalle indirizzo sede parco Belli foglio catatale particella subparticella e e stata realizzata in conformite a par minimi del manuale regionale di sur rilaciota in data che le struttrar(*) denominata 60 Ouperdalle indirizzo sede Parco Belli foglio catatale particella subparticella indirizzo sede Parco Belli foglio catatale particella subparticella rippeta la normativo vigente in mate cui al manuale regionale. (/) de comptiero per la test suranno di cui (/) de com	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diri polliedirico 9 60124 ANCOMA AN polliedirico 9 60124 ANCOMA AN 9 60124 ANCOMA AN ria igienico-smituria e di sicurezza d	i vertiere, di formatione o uso di atti falci, retore Responsabile per quanto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti dei lavoro ed e' dottta dei requisiti minimi di una negata el provento rilanto	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori copia del documento di identi di futti i dichianati attestance versamento diffi di segretaria schede del manuale regionale di autotzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Santario tatte (futte legarine) planimetria della struttura in scata 1: 100 con le destinazioni e le superfoi nette di ogni vano datta e aottosortta dal tecnico abilitato inolte, per le strutture di califart. 7 comar 3 con soggette ad autorizzazione allo all'art. 8 deve essere allegata la relazione tecnico santaria datta e stotosortta dal tecnico abilitato Per i soggetti senti di morisda i bolo dichiaziono solitito. Per i soggetti senti di anti califarta 7 comar 3 cons soggette ad da di on diretto fart. 8 deve essere allegata la relazione tecnico santaria datta e totosortti dal tecnico abilitato Per i soggetti senti di morisda tobio dichiazione solitito. Per i soggetti senti di anti anti-acone sobilitato all'a di o morisda do indone di ato di notrei (att. 3 de 47 del DPR 28 dicentre 2000, n.445) attestante il diritto all'ageviazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.
che con suisiste on al propri confinent le cause di diviete, di dacalema o di soperatione di dal personali che i dal personali	che non musicateno na jeropri conflored i e cause di divite, di decadenza o di soponalone di cui all'articolo 67 del D. Lg. 6 settemobre 3011. n. 194. di sono musicate informazio e calinazio di confloredizzate di cui personali (dei personali manto tattati anche con musante informazio e calinazio di anconflore di cui personali di cui personali manto tattati anche con musante informazio e calinazio di cui personali di cui personali di cui personali manto tattati anche con musante informazio e cui personali di cui personali di cui personali di cui personali manto tattati anche con musante informazio e cui personali di cui per	si degli art. 45 e 4 mate dall'art. 76 de HIARA	 17 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni denominata go O Ouperda le indirizzo sede parco nell'i foglio catatale particella ubiparticella e 'stata realizzata in conformit'a ja minimi del manuale regionale di nar naleccia in data che le struttras(*) denominata go O ouperda le indirizzo sede Parco Rel 11 foglio catatale particella subparticella rispieta la normativa vigente in mate cui al manuale regionale in mate cui al manuale regionale di nar foglio catatale particella subparticella 	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diri poliedrico 9 60124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di autorizzaz protocollo poliedrico 9 60124 ANCOMA AN ria igienico-sanitaria e di sicurezza d uri all'ori 7 comma 2 della L.R. 21/2016 m.	i vertitere, di fremazione o uso di atti falci, rettore Responsabile per quanto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' dottta dei requisiti minimi di uno negatto al procentuo rilancio a manufatenza cattificata di attivitti	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori
de essen informatori, ai mein de DL Egs 1, 1963/0003 (odade in muntand à protecular de da personal) (nel a la personal) esten este este	de ester informato i, a isensi da DL ge a 1890-003 (onde in materia di apresonal) de i dat personali summe tattiti ande con tramanti informato, accivitante all'informatione per il quale la presente dichiarandone viene resu. de la directione sumitaria e affidate a	si degli art. 45 e 4 mate dall'art. 76 de HIARA	 17 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni del DPR n. 445/2000. Le dichianaziori sono rese ità di che le situttura denominata 60 Oupenda le indirizzo sede Parco Belli foglio catatale particella obparticella el tata relizzato in conformiti a pi minimi del manuale repionale di aut rilasciata in data che le struttura(*) denominata 60 Oupenda le indirizzo sede Parco Belli foglio catatale particella subparticella rispetta la normativa vigente in mate cui al manuale regionale in mate cui al manuale regionale. // de comption per te nole. // de comption per te nole. 	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire poliedricco 9 60124 ANCONA AN rogetti approvati in sede di autorizzazi orizzazione poliedricco 9 60124 ANCONA AN atà Igienico-sminata e di sicurezza di ut all'uri 7 comma 2 della L.R. 21/2016 mi 2 certificato i agbilità/presentata la	s verifiere, di formazione o uso di atti falsi, ettore Responsabile per quatto di competenza: azione alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' donta dei requisiti minimi di una reggisti al processivo rilancio	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori copia del documento di identi di tutti i dichiaratti attactore versamento di identi di segretaria schede del manuale regionale di autotzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario tatte (tutte le pagnie) planimetria della struttura in scala 1: 100 con le destinazioni e le superiori nette di ogni vano datta e softoscrita dal tencino abilitato in offer, per le sintture doi califart. 7 comos 2 non soggette ad autorizzatione alla realizzazione di cui alfart. 8 deve essere allegata la relazione tencino sanitaria datta e softoscrita dal tencino abilitato. Per i soggetti esenti da inposta di bolio dichiarazione sostitutiva di ato di notineteli (art. 30 e 47 del DPR 28 dioembre 2000, n.445) attestante il diritto all'agevilazione fiscale con infilamo della normativa dhe la prevede.
che la direzione seninti è affidita i per la vintura discuintati di compediale polledirico per la vintura discuintati di compediale polledirico di senio la vintura di di senio di senio di senio di senio di senio di se di la recondo di se di la	che la directione sectione à a difficient accounter la Conference accounter	si degli art. 45 e 4 cate dall'art. 76 de HIARA	 17 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni del DPR n. 445/2000. Le dichianaziori sono rese sia d che le situttura denominata 60 Oupenda le indirizzo sede Parcos Rel 11 foglio catatale particella el trata realizzato in conformità a p minimi del manuale repionale di aut rilasciata in data che le struttura(*) denominata 60 Oupenda le indirizzo sede foglio catatale particella subparticella rispetta la normativa vigente in mate cui al manuale regionale in mate cui al manuale regionale. . // de comption per le nole remove di diffuenticatione alle realmannee. . per l'immobile è già stato rilascinto i nalociata in data cono nei propri confront le cause di divieto, di decadi 	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire politedrrico 9 60124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di autorizzazi orizzazione protocollo 9 60124 ANCOMA AN eta lifenico 9 60124 ANCOMA AN eta lifenico-smitata e di sicurezzo di ut all'art 7 comma 2 della L.R. 21/2016 m 1 cettifico i aglibilitti presentata la protocollo enza o di soggenisore di cui all'artico	s vertisere, di formazione o uso di atti falsi, estore Responsabile per quanto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' dontta dei requisiti minima di una reggetta di procentivo rilancio a segnalazione certificata di aglibiliti scio 67 dei D. Lga. 6 settembre 2011, n. 159;	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 attactore versamento di identità di tutti i dichiaranti schede del manuale regionale di autotzzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario tatte (tute le pagne) planimetria della struttura in scala 1: 100 con le destinazioni e le superfixi nette di qui vano datta e softoscrita dal tencino abilitato in offer, per le strutture di all'art. 7 comos 2 non soggette ad autorizzazione alla realizzazione di cui all'art. 8 deve essere allegata la relazione tencino sanitaria datta e softoscrita dal tencino abilitato Per i soggetti esenti da imposta di bolio dichiarazione sostitutiva da da oi notonetà (art. 36 e 47 del DPR 28 disembre 2000, n.445) attestante i diritto all'agevolazione fiscale con inchiamo della normativa dhe la prevede.
per la struttura daconizanta IO Operadual e poliadirio col Detraviva Cod Fix. Cod Fix. Cod Fix. I Instancia priso l'univenzità Instancia Instancia Priso la la netro provolizzati neo fisci nanza e pill provoliziona. Instancia d'univenzità di la competitità di Divenzità di la constal 3 e 6 dall'art. 10 dals L.K. n. 212016.	put is straturar decommants D0 Oppodal le poliedrico Detaviva Cod Fac. Cod Fac. IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	si degli art. 45 e 4 cate dall'art. 76 de HIARA	 17 del DPR n. 445/2000, consuperole delle samioni denominata GO Oupenda le indirizzo sede parcos nell'i foglio catatale particella subparticella e e inta realizzata in conformite a particella indirizzo sede foglio catatale particella del particella del particella del particella del particella subparticella sub	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire poliedrico 9 60124 ANCONA AN rogetti approvati in sede di autorizzazi orizzazione protocollo poliedrico 9 60124 ANCONA AN ati algienico-smitata e di sicurezza di ati algienico-smitata e di sicurezza di ati all'ori 7 comma 2 della L.R. 21/2016 mi ati all'ori 7 comma 2 della L.R. 21/2016 mi o ati all'ori 7 comma 2 della L.R. 21/2016 mi o control di agdibilità presentata la potoccollo enza o di sopensione di cui all'artici enzi o di sopensione di cui all'artici	a verifiere, di formazione o uso di atti falsi, estore Responsabile per quanto di competenza: azione alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' donta dei requisiti minima di una reggisti al processivo rilancio a segualazione cettificata di agbilità colo 67 del D. Lga. 6 sementore 2011, n. 159; che i da personali saramo tattati anche con no triare rea.	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 attestance versamento di identità di tutti i dichiaranti attestance versamento di atta tutti i docutzzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario catte (tutte le pagne) Independenti di datta e sottoscrita dal tutti i docutzzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario catte (tutte le pagne) Independenti del struttura in scala 1: 100 con le destinazioni e le superiori ante interiori adia e sottoscrita dal tencino abilitato indere tencino abilitato indere tencino sanitaria datta e sottoscrita dal tencino abilitato indere tencino sanitaria datta e sottoscrita dal tencino abilitato Per le sinture do califart 7. corma 2 non soggete da datta datta e sottoscrita dal decino abilitato Per le singueti e documenta datta e contoscrita dal tencino abilitato Per le singueti e documenta datta e contoscrita dal tencino abilitato Per le singueti e documenta datta e contoscrita dal tencino abilitato Per le singueti e documenta datta e contoscrita dal tencino abilitato Per le singueti e documenta datta e contoscrita dal tencino abilitato Per le singueti e documenta datta e sottoscrita dal tencino abilitato Per le singueti acolo individa dato intonotele (18 datto in dor
pe la naritaria decimiente Decretaria Cod Fluc. Cod Fluc. anto s Cod Fluc. anto s Cod Fluc. proto Narivenila proto narivenila pro	bit infutions facensing in two despirations is not observe in the information of the i	i degli ant 46 e 4 ane dall'art 76 de IIARA	 17 del DPR n. 445/2000, consuperole delle samioni del DPR n. 445/2000. Le dichianationi sono rese sia de denominata denominata denominata denominata denominata denominata del particella subparticella del tratta realizzata in conformité a ja minimi del manuela regionale di nun rilaciata in data indicata del parte della subparticella del particella subparticella del particella subparticella del particella subparticella del particella del particella del particella del particella subparticella del particella del partitendel del particella del partitende del particella del partite	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire polledrico 9 60124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di autorizzazi orizzazione protocollo 9 60124 ANCOMA AN età lifenico 4 di sicurezza di at all'art 7 comma 2 della L.R. 21/2016 m 10 cattificato il aglicitti presentata la potocollo enza o di sopensione di cui all'artico erio di protezione di dati personali) o peti il quale la presente dichiaration	s verifiere, di formazione o uso di atti falsi, estore Responsabile per quanto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' dontta dei requisiti minima di una reggetta di procentivo rilando is segnalazione certificata di aglibiliti colo 67 del D. Lga. 6 settembre 2011, n. 159; che i da personali arrano trattati anche con ne viene rea.	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 dichiaratti attactore versamento di attritti i dispretaria schede del manuale regionale di autotzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario ottatte (lutte le pagne) planimetria della struttura in scala 1: 100 con le destinacioni e le superiori nette di ogni vano datta e solosorità dal tutto i abilitato infore, per le strutture da ciffaria 7: corma 2 non soggette da adutzizzazione alla realizzazione di cui all'art. 8 deve essere allegata la relazione territo sanitaria datta e sotosorità dal tencino abilitato. Per i soggetti essenti da imposta di abilitato. Per i soggetti essenti da la imposta di boli cicinarizzone sostituito datto di notroite (lat. 13 e 47 del DPR 28 dicenter 2000, n.445) attestante i diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.
Cod File: I anto a I anto a I perso Funktoriti I qualitation in I incited a formation on in accession of function con in sottoorritione apposts in calce + DICHEARA che: Immer Protection i quale ha accession function con in sottoorritione apposts in calce + DICHEARA che: I quale ha accession function con in sottoorritione apposts in calce + DICHEARA che: Immer I quale ha accession function con in sottoorritione apposts in calce + DICHEARA che: Immer I quale ha accession function con in sottoorritione apposts in calce + DICHEARA che: Immer I quale ha accession functioni di la professione. Immer di unitationi di la professione. I calce ha accession functioni di la compatibilità di Divenso functioni di noi in commi 1 e 6 dall'net 10 dalla L.X. n. 21/2016.	Cof Fic. a are s a are sone in a protocility a Protocil	i degli ant. 46 e 4 ane dall'art. 76 de IIARA	 17 del DPR n. 445/2000, consupevole delle samioni denominata della nubparticella ubiparticella dell'anti realizzata in conformit a ju partico illa della nubparticella dell'anti realizzata in conformitata particulta dell'antimato del manuale regionale di nut flucicata in data della nubparticella della nubparticella della nubparticella dell'antimato del manuale regionale di nut flucicata in data della nubparticella nubparticella nubparticella nubparticella nubparticella nubparticella dell'antorinatativa vigente in nuteri di altanativa della restinativa della restinativa della dell'antorinativa della restinata della della nuto della della nubparticella della nubparticella della nubparticella della nubparticella della nubparticella della nuteri della de	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire polledrico 9 60224 ANCOMA AN polledrico 9 60224 ANCOMA AN polledrico 9 60224 ANCOMA AN ati algenico-smittata e di sicurezza di ati all'art 7 comma 2 della L.R. 21/2016 m la cetticano di aglichi/presentanta la protocollo enzo e di sopenzicone di cati perconali) c por el quale la presente dichiarazioni	s vertisere, di formazione o uso di atti falsi, estore Responsabile per quanto di competenza: nicone alla realizzazione e rispetta i requisiti dei lavoro ed e' donta dat requisiti minima di non reggetta di precostito rikacio a segnaltazione certificata di agbilitti colo 67 del D. Lys. 6 settembre 2011. n. 159; che i dat personali seruno trattati anche con ne visne resa.	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 dichiaratti stetede del manuale regionale di autotzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario tatte (tute le pagne) schede del manuale regionale di autotzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario datte (tute le pagne) planimetria della struttura in scala 1: 100 con le destinazioni e le superfici nette di gori vano datta e softoscritta dal tencino abilitato in ofere, per le strutture di cità 4:17. cormo 3, con soggette da autorizzazione alla realizzazione di cui all'art. 8 deve essere allegata la relazione tencino sanitaria datta e softoscritta dal tencino abilitato in ofere abilitato. Per i soggetti esenti da imposta di bolio dichiarazione sostitutiva da to in otoneta (art. 30 e 47 del DPR 28 dioentere 2000, n.445) attestante i diritto all'agrevilazione fiscale con richiamo della normativa dhe la prevede.
atto a la conservación a la conservación de la cons	lares in proto Tailwardi proto Tailwardi proto Same in proto Same in protoci licetal ² (refine la protoci licetal ² (refine la protoci	i degli ant. 45 e 4 ane dul'att. 76 de IIARA	 47 del DPR n. 445/2000, consuperole delle suminni di DPR n. 445/2000, Le dichiarazioni sono rese tia di DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese tia di finizizio sede la constata particella unbyarticella di nut relaccia in data che la sumunata regionale di nut relaccia in data che la sumunata regionale di nut relaccia in data che la sumunata regionale di nut relaccia in data che la sumunata regionale di nut relaccia in data che la sumunata regionale di nut relaccia in data che la sumunata regionale. (1/) denominata particella unbyarticella di tratta di divetto, di decidi artico, di cancarda regionale, escultavamente nell'ambito del procedimento e suminità è affidata a parti sella ta sumone di ambito del procedimento e suminità è affidata a divetto di arteco di artata particella di sumo della particella di sumo della particella unbya di procedimento e suminità è affidata a di divetto di divetto, di decidi artato, a la unata della particella di sumo della procedimento e la unbito del procedimento e suminità è affidata a divetto di artato di artato della procedimento e consetta di divetto di procedimento e di antice di artato di artato di artato della procedimento e suminata di antico di artato della procedimento e suminata e antice di artato di artato della procedimento e suminata di antice di artato di artato della procedimento e suminata di antice della procedimento e di antice della procedimento e suminata e antice della particella di antice della particella di antice della particella di antino della procedimento e antice della particella di antice della	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire polledrico 9 60124 ANCORA AN rotetti approvati in sede di autorizza orizzazione protocollo 9 60124 ANCORA AN etta igienico-saminta e di sicurezza di al all'ari 7 commo 2 della L.R. 210016 m 11 cettificato di aglibilità/presenta la protocollo enza o di sognettanta e di sicurezza di dall'ari 7 commo 2 della L.R. 210016 m 11 cettificato di aglibilità/presenta la protocollo enza o di sognettanta e di charazza di protocollo enza o di sognettanta la protocollo per il quale la presente dichiarazion	s vertisere, di formazione o uso di ani falsi, rettore Responsabile per quatto di competenza: ntone alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' donta dei requisiti minimi di son reggette al prevento ritanto a segnalazione certificata di aglolari colo 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159; che i att personali saramo trattati anche con ne viseo rea.	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Negati Obbligatori oppia del documento di identità di tutti idehiazanti stotato dei annuale regione di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singula struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario data futtu e la pagine) schede dei manuale regione di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singula struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario data futtu e la pagine) schede dei manuale regione di autorizzazione finate (per esteso) dal Responsabile della singula struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario data e strutto astala 1: 100 con le destinazione alla realizzazione di cui all'art. 5 deve essere allegata la nelacine lecino sanitaria dal tata e stotocritta dal tatorizzazione di cui all'art. 5 deve essere allegata la nelacine lecino sanitaria dal tata estotocritto dal struttoria data e struttore di cui all'art. 7 cormo 2 non soggette ad autorizzazione di cui all'art. 5 deve essere allegata la nelacine lecino sanitaria data estotocritto. • Per i soggetti esenti da imposta di bolio dirilarazione sostituitua di ato o indorretà (art. 38 e 47 del DPR 28 dioembre 2000, n.445) attestante i diritto all'agevidazione fiscale con richiamo della normativa dhe la prevede.
proco Tunivenia upechilamo ia iacino al tonia dal Ponicia li quale ha accettato Fincatico con la sottoocrizione apposta in calce e DICHLARA che: i stola pensonal sogra inficiti sone effortivamente quali posvedni; ana ha nono porvedimani mettiviti dalla prolevatni; man ha incono porvedimani mettiviti dalla prolevatni; Tassamo di situationi di incompatibiliti dal Diseñene Sunitrio di oni ai commi 5 e 6 dall'eri. 10 dalla L.R. n. 21/2016.	proto Fundredina genetic fundredina protocia Protocia l quale ha accettato Functifico con la sottoscrizione apposta in colles e DICHLARA che: i disi protociali sopi midicati sono effettivamente quelli protedini; ana ha in cono provedimanti notititi dalli professione; Fuseum di vituationi di incompatibiliti dal Diverso Statisti di colla i consul 5 e 6 dall'art. 10 dalla L.R. n. 21/2016.	i degli ant. 46 e 4 ante dall'art. 76 de IIARA	27 del DPR n. 445/2000, consuperole delle samioni d DPR.n. 445/2000, Le dichiarazioni sono rese tia d indizio a della particella particella notarizza de la parco nel 14 fogio catastale particella notarizza del particella e 'anta realizzata in conformito' ai p minimi dei manuale regionale di su rilacciara in da che le struttare denominata indizio sede particella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella cui al azarate regionale. (1º) da comptione per la sub arsuno de i dell'atornazione per la sub a di procedimento atoria, el cuivirumente nell'anatho del procedimento per la suturas dacominata Domensia Confrie.	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire polledirico 9 60124 ANCORA AN ropetti approvati in sede di autorizza orizzazione potocollo polledirico 9 60124 ANCORA AN ria igienico-smitaria e di sicurezza di ad all'ari 7 commo 2 della L.R. 2/20016m 11 cettificato di agibilizi protocollo enta o di sogenzione di cui all'aria teria di protezione di cui all'aria teria di protezione di cui all'aria	s vertiere, di formazione o uso di atti falii, entree Responsabile per quanto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' donta dei requisiti minimi di non reggette al processivo risacio as segnalazione certificata di agbilità colo 67 del D. Lga. 6 settembre 2011, n. 159; che i dati personali samano trattati anche con ne viene resa.	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Megati Obbligatori Copia del documento di identità di tatti i dichizanti i 4 atestazione versamento diriti di segreteria 5 Sanitario datale i fulle le pagneli 0 sobleti di dichizanti i 4 atestazione versamento di identità di tatti i dichizanti i 5 Sanitario datale i fulle le pagneli 0 sobleti di manto data i di atti i dichizanti i e superfici nette di ogni vano datata e adi ternico abilitato i nollete, per le soluttori di alla 17. Torma 2002 el soluttari a nesata 11.00 on le destinazione all'anelizzazione di cui all'ant. 8 deve seree allegata la nelazione ternico sanitaria datata e soltosorità dati lecnico abilitato 1 Per la goggie senti di all'ogne sostitutiva di atti di notinetà (art. 30 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445) attestante i dirito all'agrevitazione fiscale con richiamo della normativa dei la prevede.
ipecializatio is incrine a' traine aki Provincia De quale ha accretato l'incrito con la sottoccinione apposta in calce e DICEIARA che: ↓ itoli penonali opra inficiti suo effettivamente quali prosvediti; ana ha is cono provedimenti notività dalla professione: ↓ Tassena di ultantini di incompatibilità del Direttere Statistici di cui ai commi 5 e 6 dall'er. 10 dalla L.R. a. 21/2016.	inclus al local ad al production of a software appoints in calce e DICHIARA che: i quale ha accettato Fincarico con la software appoints in calce e DICHIARA che: i titali percenali sopri indicati sono effettymane quali possedati; ana ha nono pervedimenti notiviti dalla professione; Tassens di vinativi di la competibilità dal Divenso Statistico di cui al commi 5 e 6 dall'art. 10 dalla L.R. n. 212016.	i degli art. 45 e 4 are dall'art. 76 de IIARA	17 del DPR n. 445/2000, consuperole delle saminini di DPR.n. 445/2000, Le dichiarazioni sono rese tia d che le struttura denominata foglio catastale particella subparticella el struttura(*) denominata indizios ade parco Belli foglio catastale particella subparticella che le struttura(*) denominata particella subparticella rispetta la nomativa vigente la matta cui a lamanda regionale. (*) di comptiene per la rel artimute di di lamanda regionale. (*) di comptiene per la rel artimute di di di tamanda regionale. (*) di comptiene per la rel artimute di di di tamanda regionale. (*) di comptiene per la rel artimute di di di tamanda regionale. (*) di comptiene per la rel artimute di di di tamanda regionale. (*) atta comptiene per la rel artimute di di di tamanda regionale. (*) atta comptiene per la rel artimute di di di tamanda regionale. (*) atta comptiene per la rel artimute di di di tamanda regionale. (*) atta comptiene di monto di procedimente cata la matta a matta a matta in humani in di comptiene di superiore di superiore di comptiene di compti	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dire polledirico 9 60124 ANCOMA AN 0 60124 ANCOMA AN 0 60124 ANCOMA AN 0 60124 ANCOMA AN 10 60124 ANCOMA AN 11 agienico-statiatta e di sicurezza d 10 60124 ANCOMA AN 11 agienico-statiatta e di sicurezza d 10 60124 ANCOMA AN 11 agienico-statiatta e di sicurezza d 10 60124 ANCOMA AN 12 agienti di agio di sicurezza d 10 60124 ANCOMA AN 12 agienti di agio di sicurezza d 10 60124 ANCOMA AN 10 60124 A	t vertiere, di formazione o uso di atti falii, entree Responsabile per quasto di competenza: tzione alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' dotta dei requisiti minimi di non reggisti al proventor risacio a segnalizzazione certificati di agbiliti elo 67 del D. Lg. 6 settembre 2011, n. 159; che i dati personali saramo trattati anche con se veza.	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Image: Chebigatori Image: Chebigatori Image: Chebigatori <tdi< td=""></tdi<>
Perincia il quale ha accetato l'incarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che: il quale ha accetato l'incarico non la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che: i tichi perionali oper indiciti sono effortivazathe quali possadarii, ana ha is cono provedimanti restribui dalla prolessime; interna ha interno di incompetibiliti dal Diverso Sautorio di ni commi 5 e 6 dall'eri. 10 dalla L.R. n. 21/2016.	Peritaria U Quale ha accettato Tincarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che:	i degli art. 45 e 4 ante dall'art. 76 de IIARA	17 del DPR n. 445/2000, consuperole delle saminini di DPR.n. 445/2000, Le dichiarazioni sono rese tia d indirizzo ada particella subparticella subparticella subparticella subparticella denominata foco operato in conformito' ai p minimi dei manuale regionale di su ribacciata in data che le struttara(*) denominata foco operato in conformito' ai p minimi dei manuale regionale di su ribacciata in data che le struttara(*) denominata foco operato in distri foglio catastale particella subparticella rispetta la notamativa vigente in nastar cui al manuale regionale. // di competing per la rela struttara di diffuenziazione per la rela struttara di diffuenziazione per la rela struttara di di divetta in data con nel propri conforma la cuna di divietto, di decad tato h, ai senti del D. Lg.n. 106/2003 (codice in ma matrici, escluarizzane estil'ambito di procedimente cata i antana per la struttara documata Dottareira	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dira polliedirico 9 60124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di sutorizza protocollo polliedirico 9 60124 ANCOMA AN ria igienico-sanitatia e di sicurezza d ui all'arti 7 commo 2 della L.R. 21/2016 m 1 cettificato di agbiliziapresentata la protocollo enzo e di sopensione di cui all'artiri teria di protezione di cui all'artiri teria di protezione di cui all'artiri o per il quale la presente dichiarazion 50 Ospendale polliedirico	t vertiere, di formazione o uso di atti falsi, entore Responsabile per quasto di competenza: telene alla realizzazione e rispetta i requisiti del larcoro ed e' dotta dei requisiti minimi di ono segnalazione certificata di agbilità ne segnalazione certificata di agbilità che i dati personali samano tattati anche con te viene res.	Data 21/94/2022 Firma Del Titolare Data 21/94/2022 Firma Del Direttore Sanitario Allegati Obbligatori Opsi del docomento di identità di tati i dohanati attestatore regionate di adottazzone firmate (pre esteso) dal Responsabile della singola strutura organizzativa e dal Direttore Sanitario adate (nue legano estituzi di adati 2 adottazzone firmate (pre esteso) dal Responsabile della singola strutura organizzativa e dal Direttore Sanitario adate inter legano estituzi di alta di notorita (pri ano datata e sottostruti ad legano estituzi di alta interi della strutura in scala 1:100 con le destinazione il e superfici nette di ogi uano datata e sottostruti ad legano estituzi ad lata di notorita (pri e testos) dal Responsabile della singola strutura organizzativa e dal Direttore Sanitario data e sottostruti ad lata intra datata e sottostruti ad latorica adatata data estitati di latti intra intra data e sottostruti ad latorica adatata estitati di latti adata e sottostruti ad la normativa adata e sottostruti ad latorica di latti 2 deve essenzitati di latti adata estitati di latti adi introne della normativa che la prevede. Per i soggetti esenti di monsoli adita e di normativa che la prevede. Per i soggetti esenti di monsoli adita data e sottostruti ad la normativa che la prevede.
 il quale ha accettato l'incarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHLARA che: i tichi perconili opra indiciti suo effettivamente quali pocuedari; ana ha is cono provedimenti vettiviti dalla prelociane; Tassanti di utunzioni di incompetibiliti dal Divettos Sautario di col ai commi 5 e 6 dall'eri. 10 dalla L.R. a 21/2016. 	 il quale ha accettato l'incarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che: intel percenti topri inficiti sono effettivamente quelle possènit; anda ha icono pervedimenti notititi d'alla prefessione; l'asseme di situazioni di incompetibilità del Diverso Smithrio di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.K. n. 21/2016. 	ii degli art. 46 e 4 arte dull'art. 76 de IIARA	17 del DDR n. 445/0000, consapevole delle saminoi d DDR n. 445/0000. Le dichiarazioni sono rese tia d che le struttura denominata infattico sede patricella sobparticella e' stata realizzata in conformita i aj minimi dei manuale regionale di aut rilaccita in data che le struttura(") denominata focto infatticola sobparticella rispetta la nonmativa vigente in materi cital inanzale regionale. 17 de comptionale in materi di ananale regionale. 17 de comptionale sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobparticella sobratizza de divieto, di dezid de divieto, di desti del Di Leg. na 196/2003 (codice in ma materi, esclusivamente nell'ambito del procedimento e cantaria è affidata a per la struttura dominata poso l'inventini poso l'inventini de soluzioni la inventini soluzioni la inventini poso l'inventini de soluzioni la inventini de soluzioni la inventini soluzioni la inventini de soluzioni la inventini d	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dira polliedirico 9 60124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di autorizzat orizzatione polliedirico 9 60124 ANCOMA AN ria igienico-sanitatia e di sicurezza d <i>a oll'art 7 comma 2 della L.R. 21/2016 m</i> 1 certificato di applicibilityresentata la protocollo enza o di sopensione di cui all'artici enzi di prototocol popel al a presente dichiaration 200 Ospendale polliedirico	t vertiere, di formazione o uso di atti falii, rettore Responsabile per quanto di competenza: azione alla realizzazione e dispetta i requisiti del lavoro ed e' dotta dei requisiti minimi di eno nogato al procestivo rilancio e segnalazione certificato di agbilità colo 67 del D. Lgs. 6 serenzire 2011, n. 159; che i da personali stratto tattati anche con ne viene resa.	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario
 i útoli percendi sopri hádici som effetivimania quell pocuedari; ana ha in cono provediment institivi della preferione, Tassama di vituationi di incomprobilits del Direttos Santerio di cui si commi 5 s 6 dull'uri. 10 dulla L.R. n. 21/2016. 	 i útoli personali opra indicati sono efferiromante quell possebni; ana la mis norro pervodimanti notifativ della prefessiona; rassana di situazioni di incompetibilite del Dientore Sambrio di cui al commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.K. n. 21/2016. 	ai degli art. 46 e 4 mate dall'art. 76 de HIARA	17 del DPR n. 445/0000, conseperole delle samirori d DPR n. 445/0000. Le dichiaranteoi sono rese ta d che le struttura denominata BO Oopenda le indifizio sede Parco nel 11 foglio catastale particella sobparticella e truttura(*) denominata in data che le struttura(*) denominata in data che le struttura(*) denominata in data subparticella subparticella rispetta la nonmina vigente la mate ci al anamale regionale. // de comptenda e di divieto, di decid dell'assortantame per le sub armanete nel dell'assortantame per le sub armanete dell' dell'assortantame per le sub armanete di dell'assortantame per le sub armanete di ci materia in data subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella subparticella dell'assortanteme del armoto del procedimento per l'immobile é giá stato rilaciato i ratasta a per la struttura documenta per la struttura documenta de per	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diri poliedrico 9 60124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di sutorizzat orizzazione poliedrico 9 60124 ANCOMA AN enia igienico-smitaria e di sicurezza di enia difficato di agbilinispresentata la protocollo enza o di sopremisore di cui l'articc enza o di sopremisore di cui l'articc po li quale la presente dichiarazion 500 Ospedale poliedrico	t vertiere, di formazione o uso di atti falii, rettore Responsabile per quanto di competenza: nzione alla realizzazione e rispetta i requisiti dei lavoro ed e' dottati dei requisiti minima di ono neggato al procestivo rilanzo to espanlazione cettificata di aglibilità toolo 67 dei D. Lga. 6 semenitre 2011, n. 159; dei di aggiuno interno trattati anche con te viene resa.	Data 21/04/2022 Firma Del Titolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Santario Megati Obligatoti 9 opia del documento lo identità di tati i distaranti Megati Obligatoti 9 opia del documento lo identità di tati i distaranti Megati Obligatoti 9 opia del documento lo identità di tati i distaranti Megati Obligatoti 9 opia del documento di distarati di segnetriai Megati Obligatoti 9 opia del documento di distarati di segnetriai Megati Obligatoti 9 opia del documento di distarati di segnetriai Megati Obligatoti 9 opia del documento di distarati di segnetriai Megati Obligatoti 9 opia del documento di distarati di segnetriai Megati Obligatoti 9 opia del documento di distarati di segnetriai Megati Della di statuta na rotara 2 con soggeti e statuta di advictazzione di analizzazione di cui all'a ti deve essena allegata la indicazzione alla nellizzazione di cui all'a ti deve essena allegata la indicazzione alla nellizzazione di cui all'a ti deve essena allegata la indicazzione di statuta na rotarati a conoci cui all'anti deve abilitati di advictazzione alla nellizzazione di cui all'a di opia di obuto divinazione sostituta di atto di anti di agreciazione di statuta na rotarati andi advictazzione alla nellizzazione di cui all'a tito all'agreciazione fiscale con richiamo della nonzativa che la prevede.
 1 cons percense opra addret nos defensionami qual postedari, and is conseptivational addret addret previousa; V na same di ubnationi di incompetibilite del Disentes Sambelo di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della 1.X. n. 21/2016. 	I conta percenta cipra addanti non develoritivantati qual postadati, a la conta percentanti posta percenta investita dal Develorita. Venta in conta percentanti dal Develorita dal Develorita dal 18 de la 18 de la 18 de la 19 della 19 d	tsi degli art. 46 e 4 mate dall'art. 76 de HIARA	17 del DPR n. 445/2000, consuperole delle samini i d DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese sia d indirizzo sede parco nell'i foglio catatale parciella di un rilarciala sobgarticella e unimi del manute regionale di un rilarciata in data indirizzo sede parco nell'i foglio catatale particella cole le struttura?) denominata do O Ospendiale indirizzo sede parco nell'i foglio catatale particella sobgarticella sobortata del manuto regione in marci ci al manute regione del constituento cono nei progri confinenti le canse di divieto, di dei rilarciata in data parte i futurato del procedimento cono fine progri confinenti le canse di divieto, di conse per l'immobile è gia struttura deconinata indica a intereso in persisti a continata persisti a continata intereso in incento al contina dei portacia i quale ha accettuto Tinzarico co la sottoccitzi i quale ha accettuto Tinzarico con la sottoccitzi i quale ha accettuto Tinzarico con la sottoccitzi i quale ha accettuto Tinzarico con la sottoccitzi i continata del manuto del procedimento i contina di continata dei persisti i quale ha accettuto Tinzarico con la sottoccitzi i continata del sottoccitzi i continata del manuto del personata i contina del continata del manuto i contina del continata del personata del sottoccitzi i quale ha accettuto Tinzarico con la sottoccitzi i continata del sottoccitzi i conti del sottoccitzi i continata del sottoccitzi i continata de	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diri poliedrico 9 60124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di nutorizzat orizzanore poliedrico 9 60124 ANCOMA AN ria igienico-sanitatia e di sicurezza di et all'ori 7 comma 2 della L.R. 270216 mi 11 cettificato di agbiblità presentata la protocollo enza o di sospensione di cui all'artic enza di di presente dichiarazion 500 Ospendale poliedrico	t vertiere, di formazione o uso di atti falii, entore Responsibile per quanto di competenza: del lavoro ed e' donta dei requisiti minimi di ese anggotte al presentore rilancio ese segnalazione certificata di aglibiliti colo 67 del D. Lys. 6 settembre 2011, n. 159; che i di agriculti armono trattati anche con es viene resa.	Data 21/04/2022 Firma Del Triolare Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Santario Allegati Obbligatoti Manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsable della singula strutura organizzativa e dal Direttore Santario indezi table ta pagino dalla di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsable della singula strutura organizzativa e dal Direttore Santario dalla table table dalla "Toriana" non soggetti e la suggetti instella di que strutura organizzativa e dalla Direttore Santario dalla table table dalla "Toriana" non soggetti e la suggetti instella di organizzativa e dalla di latto i tables della di table dalla di latto di dividivazione sostituti di datto di notorela (per 28 dioentore 2000, n.44c) 1 Per i soggetti esenti di imposta di lobi dallivazione sostituti di datto di aprevedi. 2 Per i soggetti esenti di imposta di lobi dallivazione sostituti di datto di la prevedi.
 A single a strategier a compression de l'origine de la compre y a des active addit L.R. 1. (1/20)8. 	 A simulation is an excongenerated set. Leveners observes as use in t. voided L.R. E. 1/1/0/15. 	si deți art. 46 e 4 mate dall'art. 76 de HIARA	 Ar del DPR n. 445/0000, consupervole delle samineri al DPR n. 445/0000. Le dichiaranteri isono rese sin di al DPR n. 445/0000. Le dichiaranteri isono rese sin di foglio catatale particella el particella el tratta realizzata in conformitti al particella el tratta realizzata in conformitti al particella di anticata in data classificati ano data conformati e porticella di anticata in data classificati al data conformativa vigente in matrix cita la manuale regionale di anticata al disparticella indiziono sede parcoo Belli foglio catatale particella subparticella di anticata di anamate regionale di anticata di anticata di anticata di anticata di anticata al di anticata di anticata al anticata di anticata di anticata al anticata di anticata di anticata al anticata al anticata al anticata al di anticata al anti	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diri poliedrico 9 60124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di autorizzat orizzione poliedrico 9 60124 ANCOMA AN ria igienico-sanitatia e di sicurezza di eta all'ori 7 comma 2 della L.R. 21/2016 mi 11 cettificato di agbiblitti presentata la protocollo enza o di sospensione di cui all'artic enza di prostono di agbiblitti presentata la potocollo 500 Ospendale poliedrico 500 Ospendale poliedrico	i vertiere, di formazione o uso di atti falii, entore Responsibile per quanto di competenza: del lavoro ed e' donta dei requisiti minimi di ese anggotte al presento e rianetto segnalazione certificata di aglialiti ese fa del D. Lys. 6 settembre 2011, n. 159; che i di persona interno trattati anche con es viene resa.	Data 1/04/2022 Firma Del Titolare Data 2/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario Megatt Obbligatori Image del documento di dentità di tatti i docharanti Schedi ed Innaulere rigonde a Suttatzazione Suttatzazione di al attatzazione sinaria di attatzazione fina di suggeteria Schedio ed Innaulere rigonde a Suttatzazione Suttatzazione di al attatzazione di al attatzazione di neurona di attatzazione di anti attatzazione di al all'atta 3 dive e sere all'egata la nelaziazione i sottatta da la sottatzazione all'analizzazione al antilizzazione di al all'att. 8 dive e sere all'egata la nelaziazione i constanti da datta di sottatta 10 con lo destinazione sottatavi adatta 10 con lo distatzazione di antilizzazione di al all'att. 8 dive e sere all'egata la nelaziazione i sottatta datta i sottatta 10 con lo distatzazione sottatavi adatta 10 con lo distatzazione di all'atta 10 con lo distatzazione sottatavi adatta 10 con lo distatzazione di all'atta 10 con lo distatzazione sottatavi adatta 10 con lo
		si degli art. 46 e 4 mate dall'art. 76 de HIARA	 Ar del DPR n. 445/0000, consuperole delle saminini di DPR n. 445/0000. Le dichianzioni sono rese sin di adventi di adve	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Diri poliedrzico 9 60124 ANCOMA AN rospetti approvati in sede di autorizza orizzioni protocollo 9 60124 ANCOMA AN ria igienico-smitata e di sicurezza di esta differito di agbiditti presentata la protocollo enza o di sopensione di cui all'artic enza di sopensione di cui all'artic enza di sopensione di cui all'artic enza di copensione di cui all'artic enza di sopensione di cui all'artic enz	i vertiere, di formatione o uso di atti falii, entore Responsibile per quanto di competenzo: del Invoro ed e' donto dei requisito minimo di uno negatori al presentore rilanzio segnalazione certificato di agbiliti colo 67 del D. Lys. 6 settembre 2011, n. 159; dei a manero colo ettempetenzo estato anche con ne visue rena.	Data 2/04/2022 Firms Del Titolare Data 2/04/2022 Firms Del Direttore Santaro Megati Dobligatoti Massatorio e versamento di direttà di lutti i dicharanti Massatorio e versamento di direttà di lutti i dicharanti Massatorio e versamento di direttà di lutti i dicharanti i distatorio e latta di plate i gagitori Massatorio e versamento di lotti di sugritori Peri sogni di di commetto di lotti di sugritori Massatorio e lattatorio e di lattati di dicharanti i conto altito i sugritori nella singula strutturo organizzativa e dal Direttore Santario di lattati di lotti di diversi altitorio altitorio altitorio altitorio i distato i nottore di lattato e la superiori nella di lattatorio altitorio altitorio altitorio altitorio altitorio di lattato e lattatorio altitorio alti di diretto all'agerolazione fiscale con rintamo della normativa
		ci degit art. 45 e 4 mate dall'art. 76 de HIARA	17 del DPR n. 445/2000, consuperole delle sanzioni al DPR n. 445/2000. Le dichianzioni sono rese si di al DPR n. 445/2000. Le dichianzioni sono rese si di indirizzo sede parco nelli foglio catatale particella el particella di antiparticella el particella di antiparticella el particella el particella di antiparticella el particella el particella el particella di antiparticella el particella di antiparticella el particella di antiparticella ributata del consulto vigente in materi di della subparticella ributata del particella subparticella ributata del particella subparticella di antanuale regionale di antiparticella constitu vigente in materi di dell'assertanza di trastanza di trastanza di antanua el particella subparticella di antanuale regionale. (1/) di complica pet e stati antanza di forseto, al desenti el DLigs, n 196/2003 (edite and antanzio), ai senti el DLigs, n 196/2003 (edite antanzio) e suntintà è sificata a el la parte al la parte di antanzia di forseto, di degli catata a la rasta i a la parte al la antanzia el sistema di antanzia el parte al la parte di portecimenta di procedimenta di portecimenta di antanzia di la consta di diverte, di degli catata a la rasta i a la rasta i la stata a la parteca di la consta di diverte di antanzia di la consta di antanzia di la consta di diverte di antanzia di diverte di antanzia di antanzia di la consta di antanzia di antanzia di diverte di antanzia di antanzia di antanzia di diverte di di antanzia di diverte diverte di diverte di diverte diverte di diverte diverte diverte di diverte diverte diverte diverte diverte diverte diverte di dive	penali, nel caso di dichiarnatoni non al Legale rappresentante che dal Dire politedrico 9 e0124 ANCOMA AN rogetti approvati in sede di autorizza orizzatione protocollo politedrico 9 e0124 ANCOMA AN at all'art 7 commo 2 della L.R. 21/2016 mi at all'art 7 commo 2 della L.R. 21/2016 mi 11 cettificato di aglibilità presenta la protocollo enza o di soupensione di cui all'artico ento e di soupensione di cui all'artico esta di protezione di cui all'artico esto e di soupensione di cui all'artico con esposta in calce e DICHLARA ci o e distrimmante quili possedici intei addi protonone.	<pre>x vertiser, di formazione o uso di atti fabii, entore Responsabile per quanto di competenzo: nicone alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' dontti dei requisiti minimo di una negatta di precentivo rikacio se spankatione certificata di aglialiti tato of del D. Lga. 6 settembre 2011, n. 159; che i dai personali arrano trattat anche con se viene rea.</pre>	Data 2/04/2022 Firma Del Titolare
		ci degit art. 45 e 4 mate dall'art. 76 de HIARA	 47 del DPR n. 445/2000, consuperole delle sumini i differito sed e descuinara denominara denominara denominara denominara particella unbyraticella unbyraticella unbyraticella unbyraticella unbyraticella della constala della constala	penali, nel caso di dichiarnatoni non al Legale rappresentante che dal Dire polledirico 2 60224 ANCORA AN ropetti approvati in sede di autorizza orizzatione protocollo 9 60124 ANCORA AN etta igienico-sanitata e di sicurezza di al all'ari 7 commo 2 della L.R. 210016 m 11 cettificato di aglibilità presentata la protocollo enza o di sopetante di cui all'arici teria di prostocole di cui all'arici con e agnosta in calce e DICHLARA co so e effectivamente quili postaditi entità di Disense Statistica di cui al con	tvertiere, di formazione o uso di ani fabi, entrere Responsabile per quatto di competenza: nicone alla realizzazione e rispetta i requisiti del lavoro ed e' donta dei requisiti minima di non reggetta d prevento minacio segnatazione certificata di aglibiliti colo 67 del D. Lga. 6 settembre 2011, n. 159; che i dat personali serumo trattai anche con ne visue rea.	Data 1/14/2022 Fina Del Titolare Data 1/14/2022 Fina Del Diettoro Santario Negle Obligaton Addete del manuale rigoziato di addizizzano di multi (divinanti Santario titoli di statutari a trasta 1: 10 con le destinazioni e la suprito intele di gravi ano data e sottoratti ad le tradizi addita di statutari a trasta 1: 10 con le destinazioni e la supritori nella di gravi ano data e sottoratti ad le tranciato di addita di statutari a trasta 1: 10 con le destinazioni di statutare addizzazione di consistente di addita di statutari a trasta 1: 10 con le destinazioni di addita di addizzazione di consistente di addita di addita di addita di addita di addita e sottoratti ad le tranciato di addita e sottoratti ad le direttora di addita e sottoratti ad le direttora di addita e sottoratti ad le direttori addita di addita e sottoratti ad le direttori addita e sottoratti ad le direttori addita e sottoratti ad le direttori addita di sottorati addita e sottoratti ad le direttori addita e sottoratti addita e sottoratti ad le direttori addita e sottoratti ad le direttori addita e sottoratti ad le direttori addita e sottoratti addita e sottoratti additadi e sottoratti addite e sottoratti addita e sottoratti
		si degit art. 45 e 4 mate dall'art. 76 de HIARA	47 del DPR n. 445/2000, consuperole delle sumini i di DPR n. 445/2000, Le dichianzioni isno rese tit di di DPR n. 445/2000, Le dichianzioni isno rese tit di finizio sella particella indizio sella particella particella di mongraticella di mongraticella di manale regionale di anti minimi dei manale regionale di anti di attanzale regionale. (1/) di complianzi di attanzale regionale, (1/) di complianzi di attanzale regionale. (2/) di completa parti della minimi dei di minimi dei di minimi dei manale regionale. (2/) di completa parti della di diviste, di decidi di diviste, di decidi nella di diviste di diviste di diviste di diviste di completa in di completa di diviste di d	penali, nel caso di dichiarazioni non al Legale rappresentante che dal Dira polledirico 9 60124 ANCORA AN rogetti approvati in sede di autorizza orizzazione protocollo 9 60124 ANCORA AN età igienico-sanitatia e di sicurezza di attallari 7 commo 2 della L.R. 210016m 11 cettificato di aglibilità/presenta la protocollo enza o di soperazione di cui il Tarito enti di prostocione di cui il Tarito EGO Ospedale polledirico cone apposta in calce e DICHIARA co o e effettivamente quali possati, ethilita del Divenos Sumino di cui el co	<pre>x vertiser, di formazione o uso di anti falii, entrere Responsabile per quatto di competenza: del avecto ed e' donta dei requisiti unimui di on ingginti al prevento ritanto in segnatizzazione entificato di aglolari on ingginti al prevento ritanto in segnatizzazione centificato di aglolari ono ingginti al prevento ritanto in e viene reso.</pre>	Data 1/14/2022 Fina Del Titolare Data 1/14/2022 Fina Del Diettoro Santario Negli Obbligato Adopti Obbligato Adopti Obbligato

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 Accreditamento

	9							
MENU		FASCICOLO DEL TITOL	ARE OSPEDALE POLIEDRICO					
Home		Autorizzazione a	ll'esercizio				I Fascicolo 7 d	17 P P
Domande con azio	oni da eseguire							
·Torna alla sezione	anagrafica	Data creazione	21/04/2022					
·Logout	unugruncu	Numero Procedimento						
		Data invio Domanda						
Ricerca su tutti	i i requisiti	Data conclusione Stato	BOZZA					
Id univoco REQ		Genera Mod. Aut. 2						
lipo requisito	🔻	Nessun modello tro	vato					
Festo requisito		Aggiungi Udo/Uo Eli	mina Udo/Uo selezionate					
Denominazione UO/UDO		Elimina la domanda						
Fipologia UDO		Annotazione			Inserisci annotazione			
Edificio								
Blocco		* Oggetto	Mod. Aut. 2		Mod. Aut. 2		rica allegato	
Piano				//				
Progressivo		Documenti allegati al	la domanda					
5ede Operativa		Documento Identità	Copia versamento bollo digitale o ese	nzione 🔽 Planimetria 🔽 Attestazione v	versamento diritti di segreter	a 🔽 Sche	de del manuale regionale di autorizzazione 📝 R	elazione tecnic
Assegnazione		Comunicazione di Avvio Is	struttoria Lettera richiesta integrazioni	AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di Lettera integrazione documentazione	Notifica costituzione g	Lettera di tr uppo valutato	asmissione Relazione conclusiva Decre ri Verbale visita verifica Verbale	eto Lettera di
5cheda Requisiti	i	assolvimento prescrizioni	Rapporto di Verifica 📃 Altro					
iote		Oggetto		File	Operatore	Data 📎	Тіро	Azioni
/erificatore		Documento Identità		documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	×
/alutazione /erificatore		Copia versamento bollo d	igitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	×
lote /erificatore		Planimetria		documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	×
ienza risposta		Attestazione versamento	diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	×
lon assegnati Senza risposta		Schede del manuale regio	onale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	×
rificatore		Relazione tecnico sanitari	a datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	×
lon assegnati verifica					(OPERATORE_IIIOLARE)			
Appl	lica filtri	UNITA DI OFFERTA						
		Elenco UDO [Sono sta	te selezionate: O Unità operative e O U	nità di Offerta]				
Assegna tutti i	selezionati	Codice Ente						
OL		Denominazione						
		Tipo Udo						
Persona	····· ·	Disciplina		Branca				
Ast	segna	Area Discipline						

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 azio	ni da eseguire	Autorizzazione all	'esercizio				I Fascicolo 7 d	di 7 💽 🕅
Inserimento nuova	domanda	Data creazione	21/04/2022					
Torna alla sezione a	anagrafica	Numero Procedimento						
Logout		Data invio Domanda						
		Data conclusione						
Ricerca su tutti	i requisiti	Stato	BOZZA					
Id univoco REQ		Esistono altre doman	de non concluse con le stesse UDO] 🖌				
Tipo requisito		Aggiungi Udo/Uo Elim	ina Udo/Uo selezionate					
Testo requisito		Elimina la domanda						
Denominazione UO/UDO		Annotazione			Inserisci annotazione			
Tipologia UDO								
Edificio		* Oggetto			seleziona tipo allegato	- 🔻 Car	ica allegato	
Blocco		L						
Piano		Documenti allegati alla	a domanda					
Progressivo		Documento Identità sanitaria datata tecnico abi	Copia versamento bollo digitale o e	esenzione 🔽 Planimetria 🔽 Attestazione t. 2 - AMB 📃 Mod. Aut. 2 - 9 📃 Lettera d	versamento diritti di segreter di trasmissione domanda	ia 🔽 Sche Lettera di tr	le del manuale regionale di autorizzazione 🔽 🖡 asmissione 📃 Relazione conclusiva 📃 Decr	Relazione tecnic
Sede Operativa		Comunicazione di Avvio Ist	ruttoria Lettera richiesta integrazi	oni Lettera integrazione documentazione	Notifica costituzione gr	uppo valutato	ri Verbale visita verifica Verbale	Lettera di
Assegnazione		Organita	Rapporto di Veninca Altro	File	Operatore	Data M	Tino	Arioni
Scheda Requisiti		Mad Aut 2			admin		Hedava2	*
note		Mod. Aut. 2		cades.pdf.p/m	(OPERATORE_TITOLARE)	22/04/2022	ModAut2	<u>^</u>
Verificatore		Documento Identità		documento.pdf	(OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	×
Valutazione Verificatore		Copia versamento bollo dig	itale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	×
Note Verificatore		Planimetria		documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	×
Senza risposta		Attestazione versamento d	iritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	×
rvon assegnati Senza risposta		Schede del manuale region	ale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	×
verificatore Non assegnati		Relazione tecnico sanitaria	datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	×
verifica								
Appli	ica filtri	UNITA DI OFFERTA						
		Elenco UDO [Sono stat	e selezionate: O Unità operative e O) Unità di Offerta]				
Assegna tutti i s	selezionati	Codice Ente						
		Course Enec						
UO		Denominazione						
UO		Denominazione Tipo Udo						
UO	·	Denominazione Tipo Udo Disciplina		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 R	egione March	ie - Autorizzazio	ne ed Accreditamento					Admin Admin
MENU		FASCICOLO DEL TITOL	ARE OSPEDALE POLIEDRICO					
Home			ll'oconsizio				Ma Esceicele 7	47.00
Domande con a	zioni da eseguire		il esercizio					
Torna alla sezio	nya domanda ne anagrafica	Data creazione	21/04/2022					
·Logout		Numero Procedimento						
		Data invio Domanda						
Ricerca su tu	tti i requisiti	Data conclusione						
Nuccrea Sa ta	a requisit	Stato	BOZZA					
Id univoco RE	2	Invia la domanda						
Tipo requisito		Aggiungi Udo/Uo Eli	nina Udo/Uo selezionate					
Testo requisito		Elimina la domanda						
Denominazion UO/UDO	e	Annotazione			Inserisci annotazione			
Tipologia UDO				/i				
Edificio		* Oggetto			seleziona tipo allegato	Car	ica allegato	
Blocco								
Piano		Documenti allegati al	a domanda					
Progressivo		Documento Identità	Copia versamento bollo digitale o eser	nzione 🔽 Planimetria 🔽 Attestazione v	ersamento diritti di segreter	a 🔽 Schee	le del manuale regionale di autorizzazione 📝	Relazione tecnico
Sede Operativ	3	Comunicazione di Avvio Is	truttoria 📃 Lettera richiesta integrazioni	Lettera integrazione documentazione	Notifica costituzione gr	uppo valutato	ri Verbale visita verifica Verbale	Lettera di
Assegnazione		assolvimento prescrizioni	Rapporto di Verifica Altro					
Scheda Requis	iti	Oggetto		File	Operatore	Data 📎	Тіро	Azioni
note		Mod. Aut. 2		cades.pdf.p7m	admin (OPERATORE_TITOLARE)	22/04/2022	ModAut2	×
Verificatore		Documento Identità		documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	×
Valutazione Verificatore		Copia versamento bollo d	igitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	×
Note Verificatore		Planimetria		documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	×
Senza risposta		Attestazione versamento	diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	×
Senza risposta		Schede del manuale regio	nale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	×
Non assegnati verifica		Relazione tecnico sanitari	a datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	×
A	plica filtri	UNITÀ DI OFFERTA						
		Elenco UDO [Sono sta	te selezionate: 0 Unità operative e 0 Ur	nità di Offerta]				
Assegna tutt	i selezionati	Codice Ente						
uo		Denominazione						
		Tino Ildo						
Persona	_	Disciplina		Branca				
	Assegna	Area Discipline		brailca				

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?		
	ОК	Annulla

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

FASCICOLO DEL TITOL	ARE OSPEDALE POLIEDRICO	
🕖 Autorizzazione a	Ill'esercizio	Fascicolo 1 di 1 🕨 🕅
Data creazione	21/04/2022	
Numero Procedimento	8/2022	
Data invio Domanda	22/04/2022	
Data conclusione		
Stato	FASE ISTRUTTORIA	

Modifica documento per richiesta integrazioni

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	FASCICOL	O DEL TITOLARE: OS	PEDALE POLIEDRICO				
·Home ·Domande con azioni da eseguire	Elenco F	ascicoli				I	🖌 Pag 1 di 1 🕨 利
Inserimento nuova domanda Torna alla sezione anagrafica Logout	Stato/Prod Data creaz Data invio Data concl Pulisci	cedimentosc zione da da domanda da lusione da Applica filtri	egli lo stato vseleziona procedimento v v a v a v a v a				
	Тіро	Numero Procedimento	Oggetto	Data Creazione	Data invio Domanda	Data Conclusione	Stato Domanda
	₹⁄		Ospedale poliedrico	22/11/2021			
	_₽		Atti	22/11/2021 20/01/2022 20/01/2022			
	L🏏	4/2022	Autorizzazione all'esercizio			20/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	L🏏	5/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	21/01/2022 21/01/2022		PROCEDIMENTO CONCLUSO
	L🏏	6/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022 10/02/2022			FASE ISTRUTTORIA
	L🏏	7/2022	Autorizzazione all'esercizio	12/04/2022	12/04/2022	23/06/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	L🏏	8/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/04/2022	22/04/2022		FASE ISTRUTTORIA
	L🏏		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):

×										
Iome)omande con azion	ni da eseguire	V Autorizzazione a	Ill'esercizio					i I	scicolo 9 di 9 🕕]]]
nserimento nuova	domanda	Data creazione	23/06/2022							
'orna alla sezione a	anagrafica	Numero Procedimento	9/2022							
ogout		Data invio Domanda	23/06/2022							
		Data conclusione								
Ricerca su tutti i	i requisiti	Stato	RICHIESTA DI INTEGRAZI	ONE DOCUMENTI						
l univoco REQ		Attività e durate								
po requisito		Тіро			Stato	D	Data scadenza			
esto requisito		DOMANDA			STAND BY	2	21/10/2022			
nominazione D/UDO		VALUTAZIONE CORRETTE	ZZA REGIONE		STAND BY	2	25/08/2022			
pologia UDO		VALUTAZIONE CORRETTE	ZZA COMUNE		STAND BY	2	24/07/2022			
dificio		Protocollazioni effett	uate							
locco		Numero	Data	Тіро		Fascicolo				
iano		544	23/06/2022	Aut. Eser Avvio del procedimento		150.30.130/20	022/INF/871			
rogressivo		546	24/06/2022	Aut Eser - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871					
	·	540		Paul Esch Techlesta ar megrazioni						
ede Operativa		Documenti allegati a	lla domanda							
ede Operativa ssegnazione		Documenti allegati a	lla domanda							
ede Operativa segnazione cheda Requisiti		Documenti allegati al Documento Identità	Ila domanda Copia versamento bo	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod Aut 2 - AMB Mod Aut 2 - 9 Lettera di	rersamento diritti di segreteria	Schede del i	manuale regiona	le di autorizzazi	one Relazior	e tec
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti ote		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I:	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Mod. Aut. 2 struttoria Lettera richi	No digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazioni Lettera integrazione documentazione	rersamento diritti di segreteria [trasmissione domanda] Lett Notifica costituzione gruppo	Schede del i tera di trasmissi valutatori	manuale regional sione Relazi Verbale visita v	le di autorizzazi ione conclusiva verifica 📄 Ve	one Relazior Decreto erbale Letter	e tec
ede Operativa esegnazione cheda Requisiti ote erificatore		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Orgetto	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Mod. Aut. 2 struttoria Lettera richi Rapporto di Verifica	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo	Schede del i tera di trasmissi valutatori	manuale regiona sione Relazi Verbale visita v	le di autorizzazi ione conclusiva verifica Ve	one Relazior Decreto erbale Letter Azion	e tec
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti ote erificatore slutazione erificatore		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Mod. Aut. 2 struttoria Lettera richi Rapporto di Verifica	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - ANB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di iesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro File	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper	Schede del i tera di trasmissi valutatori	manuale regiona sione Relazi Verbale visita v Data V	le di autorizzazi ione conclusiva verifica 📄 Ve Tipo	one Relazior Decreto erbale Letter Azion	e tec
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti ote erificatore alutazione erificatore ote		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da :	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Mod. Aut. 2 strutoria Lettera rich Rapporto di Venifica ESER [1.0] 2 ² admin	Nod Lett Vettered di Megredoni Mod Aut. 2 - ANB Nod. Aut. 2 - 9 Lettera di Esta integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro File	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper	Schede del i tera di trasmissi valutatori	manuale regiona sione Relaz] Verbale visita v Data 🏏	le di autorizzazi ione conclusiva errifica Ve Tipo	one Relazior Decreto erbale Letter Azion	e tec
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti ote rificatore srificatore ste rificatore ote praz sizecta		Documenti allegati al Documento Identità santaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il :	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Mod. Aut. 2 struttoria Lettera rich Rapporto di Verifica ESER [1.0] t ¹ admin 23/06/2022	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - ANB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di lesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper	Schede del i tera di trasmissi valutatori	manuale regiona sione Relaz] Verbale visita v Data >>	le di autorizzazi ione conclusiva erifica Ve Tipo	one Relazion Decreto rbale Letter Azion	e tec
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti ote erificatore alutazione erificatore erificatore enza risposta on assegnati		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato :	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Mod. Aut. 2 strutoria Lettera richi Rapporto di Verifica eser [1.0] t ² admin 23/06/2022 Avviato	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - ANB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro File	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper	Schede del n tera di trasmissi valutatori	manuale regiona sione Relaz] Verbale visita v Data >>	le di autorizzazi ione conclusiva rerifica Ve Tipo	one Relazior Decreto rbale Letter Azion	e tec
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti ote erificatore alutazione erificatore erificatore erificatore stata risposta on assegnati enza risposta		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a comunicazione di Avio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow	Ila domanda Copia versamento bob bilitato Mod. Aut. 2 struttoria Lettera richi Rapporto di Venfica ESER [1.0] 1 ² admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow	No digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - AHB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro File	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper	Schede del I tera di trasmissi valutatori	manuale regiona ione Relaz Verbale visita v	le di autorizzazi ione conclusiva rerifica Ve Tipo	one Relazion Decreto Erbale Letter Azion	e tec
de Operativa segnazione heda Requisiti te rificatore lutazione rificatore nza risposta na assegnati na assegnati		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Copia versamento bo bilitato Rapporto di Verifica ESER [1.0] t ² admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow	No digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro File	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper	Schede del a schede del di trasmissi valutatori	manuale regiona sione Relaz Verbale visita v	le di autorizzazi ione conclusiva verifica Ve	one Relazion Decreto robel Letter Azion	e tec
de Operativa segnazione cheda Requisiti tote erificatore ulutazione erificatore nota risposta on assegnati enza risposta on assegnati enza segnati enza segnati		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Copia versamento bo bilitato Lettera richi Rapporto di Verifica ESER [1.0] [2] admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow	Nod Exer Techene di Megrezoni Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro File	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper	Schede del tera di trasmissi valutatori	manuale regiona sione Relaz Verbale visita v Data seguito il	le di autorizzazi ione conclusiva errifica Ve Tipo	one Relazion Decreto Carbale Letter Azion	e tec
de Operativa segnazione theda Requisiti the erificatore dutazione erificatore nza risposta on assegnati enza risposta on assegnati enza segnati enza segnati enza segnati enza segnati enza segnati		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Copia versamento bo bilitato Rapporto di Verifica ESER [1.0] t ² admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - ANB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazione documentazione Altro File	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper Eseguito da Ancona Comune	Schede del iera di trasmissi valutatori ratore Es 27	manuale regiona sione Relaz Verbale visita v Data Seguito il 7/06/2022 alle 10	le di autorizzazi ione conclusiva errifica Ve Tipo	one Relazion Decreto Azion Azion Stato Completato	e teo
de Operativa segnazione heda Requisiti te rificatore lutazione rificatore nza risposta na assegnati nza risposta na assegnati rificatore na assegnati rificatore na assegnati rificatore segnazione Applicatore Esporta sele	ca filtri	Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Mod. Aut. 2 struttoria Lettera richi Rapporto di Verifica ESER [1.0] ¹ 2 admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - ANB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazione documentazione Attro File	ersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di	Schede del i rera di trasmissi valutatori ratore Es 27 24	manuale regional ione Relaz Verbale visita v Data S seguito il 7/06/2022 alle 10 4/06/2022 alle 15	le di autorizzazi ione conclusiva everifica Ve Tipo 5 :05 C :30 C	one Relazior Decreto Azion Azion Stato Completato	e tec
de Operativa segnazione heda Requisiti te erificatore dutazione erificatore enza risposta nn assegnati enza risposta nn assegnati rificatore na assegnati ca Esporta sele Esporta la do		Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione completezza/	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Copia versamento bo bilitato Copia versamento bo bilitato Copia versamento bo bilitato Correttezza Regione Correttezza Regione	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - ANB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazione documentazione Esta integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro File	ersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA	Schede del i rera di trasmissi valutatori ratore Es 27 24 24	manuale regional ione Relaz Verbale visita v Data seguito il 7/06/2022 alle 10 4/06/2022 alle 15 4/06/2022 alle 15	le di autorizzazi ione conclusiva errifica Ve Tipo Silos C 1:30 C 1:24 C	one Relazion Decreto Azion Azion Stato Completato Completato Completato	e tec
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti tote erificatore alutazione erificatore ote erificatore enza risposta on assegnati enza risposta on assegnati erificatore on assegnati erificatore Esporta sele Esporta la do Esporta la do	ezione in pdf Udo in csv	Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avio I I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza/	Ila domanda Copia versamento bo bilitato Copia versamento bo bilitato Rapporto di Verifica ESER [1.0] [2] admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione Correttezza Regione	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione volumetria Ilo digitale o esenzione Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di estara di estara di estara di estara integrazione documentazione Altro File	ersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA Admin Admin 3di	Schede del la trasmissi valutatori anti anti anti anti anti anti anti ant	manuale regional ione Relaz Verbale visita v Data seguito il 7/06/2022 alle 10 4/06/2022 alle 15 4/06/2022 alle 15 3/06/2022 alle 17	le di autorizzazi ione conclusiva errifica Ve Tipo 2005 C 1:30 C 1:24 C	one Relazion pecreto Azion Azion Stato Completato Completato Completato Completato	e tec
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti ote erificatore alutazione erificatore enza risposta on assegnati enza risposta erificatore on assegnati erifica Applic Esporta sele Esporta la do Esporta L	ca filtri ca filtri di do in csv	Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a comunicazione di Avio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completazza/ Valutazione Completazza/	Ila domanda Copia versamento boblitato Opia versamento boblitato Opia versamento boblitato Opia versamento boblitato Dettera richi Capporto di Venifica ESER [1.0] 12 admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione Correttezza Regione Correttezza Comune	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - ANB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di esta integrazioni Lettera integrazioni Lettera integrazione documentazione Altro File	Eseguito da Ancona Comune Admin 3di Ancona Comune	Schede del la trasmissi valutatori ante estimato estima estimato estimato estim	manuale regiona sione Relazi Verbale visita v Data seguito il 7/06/2022 alle 10 4/06/2022 alle 15 3/06/2022 alle 17 3/06/2022 alle 17	le di autorizzazi ione conclusiva Tipo Tipo Siso5 C 1:30 C 1:24 C 1:24 C 1:24 C	one Relazior Decreto Azion Azion Stato Completato Completato Completato Completato	e tec
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti ote erificatore alutazione erificatore enza risposta on assegnati erificatore on assegnati erificatore (Applic) (Esporta sele (Esporta la do (Esporta la do	ca filtri ca filtri bomanda in pdf Udo in csv	Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a comunicazione di Avio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione das protocollazione eseguita Valutazione Completzza/ Protocollazione eseguita Valutazione Completzza/ Azioni da eseguire	Ila domanda Copia versamento bob bilitato Mod. Aut. 2 struttoria Lettera richi Rapporto di Venfica ESER [1.0] 1 ² admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione Correttezza Regione Correttezza Comune	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Mod. Aut. 2 - AHB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di estera di esta integrazione documentazione Attro File	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA Admin Admin 3di	Schede del a tere di trasmissi valutatori ratore Es 27 24 24 23 23	manuale regional ione Relaz Verbale visita v Data Seguito il 7/06/2022 alle 10 3/06/2022 alle 17 3/06/2022 alle 17 3/06/2022 alle 17	le di autorizzazi ione conclusiva ripo Tipo Sito Sito Sito Sito Sito Sito Sito Sit	one Relazior Decreto Azion Azion Stato Completato Completato Completato Completato	a di
ede Operativa ssegnazione cheda Requisiti ote erificatore alutazione erificatore enza risposta on assegnati enza risposta erificatore Esporta sele Esporta la do Esporta L	ca filtri ca filtri cuone in pdf Udo in csv	Documenti allegati al Documento Identità sanitaria datata tecnico a comunicazione di Avio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza/ Azioni da eseguire Nome	Ila domanda Copia versamento bob bilitato Mod. Aut. 2 struttoria Lettera richi Rapporto di Verifica esere [1.0] 1 ² admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione Correttezza Regione Correttezza Comune	Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Ilo digitale o esenzione Planimetria Attestazione v Ilo digitale o esenzione International distribution of the planimetria Attestazione v Ilo digitale o esenzione Lettera integrazione documentazione International distributione documentazione Altro File	rersamento diritti di segreteria trasmissione domanda Lett Notifica costituzione gruppo Oper Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA Admin Admin 3di Ancona Comune	Schede del a valutatori ratore Es 27 24 23 23 5340	manuale regional ione Relaz Verbale visita v Data Seguito il 7/06/2022 alle 10 4/06/2022 alle 15 3/06/2022 alle 17 3/06/2022 alle 17 A	le di autorizzazi ione conclusiva ripo Tipo 1:05 C 1:05 C 1:30 C 1:24 C	one Relazion Decreto Letter Azion	a di

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

Sanità Re	gione Marche	e - Autorizzazio	one ed Accredita	mento					Admin Admin
MENU		FASCICOLO DEL TITOL	ARE OSPEDALE POLIEDRIC	D					
·Home ·Domande con azio	ni da eseguire	🥖 Autorizzazione a	all'esercizio					I4 4	Fascicolo 9 di 9 🕨 利
Inserimento nuova	domanda	Data creazione	23/06/2022						
·Torna alla sezione	anagrafica	Numero Procedimento	9/2022						
Logout		Data invio Domanda	23/06/2022						
		Data conclusione							
Ricerca su tutti	i requisiti	Stato	RICHIESTA DI INTEGRAZIONE	DOCUMENTI					
Id univoco REQ		Attività e durate							
Tipo requisito	_	Тіро				Stato	1	Data scadenza	
Testo requisito		DOMANDA				STAND BY		21/10/2022	
Denominazione UO/UDO		VALUTAZIONE CORRETTE	EZZA REGIONE			STAND BY		25/08/2022	
Tipologia UDO		VALUTAZIONE CORRETTE	EZZA COMUNE			STAND BY	:	24/07/2022	
Edificio		Protocollazioni effett	tuate						
Blocco		Numero	Data	Тіро			Fascicolo		
Piano		544	23/06/2022	Aut. Eser Avvi	o del procedimento		150.30.130/2	022/INF/871	
Progressivo		546	24/06/2022	Aut. Eser Rich	iesta di integrazioni		150.30.130/2	022/INF/871	
Sede Operativa		Documenti allegati a	lla domanda						
Assegnazione		Documenta alegati a			. Dissimatris Attactorians van	annanta disitti di asamtasia 🔚	Colorda dal		
Scheda Requisiti		sanitaria datata tecnico a	ibilitato Mod. Aut. 2	Mod. Aut. 2 - AM	IB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di tra	ismissione domanda Lette	era di trasmis	sione Relazione conclu	siva Decreto
note		Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni	Istruttoria Lettera richiesta Rapporto di Verifica	a integrazioni 🦳 Altro	Lettera integrazione documentazione	Notifica costituzione gruppo v	alutatori	Verbale visita verifica	Verbale 📃 Lettera di
Verificatore		Oggetto			File	Operatore	Data 💛	Тіро	Azioni
Valutazione Verificatore		Copia versamento bollo o	digitale o esenzione		documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE	23/06/202	2 CopiaVersamentoBolloDi	gitaleEsenzione 🔋 🥒
Note Verificatore						(or ending_integrate	·/		
Senza risposta		Iniziato da l	admin						
Non assegnati		Iniziato il :	23/06/2022						
Senza risposta		Stato :	Avviato						
Non assegnati verifica		Mostra dati workflow	Mostra workflow						
Appli	ica filtri	Azioni completate							
		Nome			1	Eseguito da	E	seguito il	Stato
Esporta se	lezione in pdf	Richiesta integrazione da	regione			Ancona Comune	2	7/06/2022 alle 10:05	Completato
Esporta la d	omanda in pdf	Protocollazione eseguita			4	Admin Admin 3di	2	4/06/2022 alle 15:30	Completato
Esporta	Udo in csv	Valutazione Completezza/	/Correttezza Regione		(DTA OTA	2	4/06/2022 alle 15:24	Completato
		Protocollazione eseguita				Admin Admin 3di	2	3/06/2022 alle 17:33	Completato
		Valutazione Completezza/	/Correttezza Comune			Ancona Comune	2	3/06/2022 alle 17:17	Completato

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

×

Sanità Re	gione March	e - Autorizzazio	one ed Accredita	mento						Admin Admi
MENU Home	nai da erequire	FASCICOLO DEL TITOL	ARE OSPEDALE POLIEDRICO							Fascicolo 9 di 9
Domande con azio Inserimento nuova Torna alla sezione Logout	a domanda anagrafica	Data creazione Numero Procedimento Data invio Domanda	23/06/2022 9/2022 23/06/2022							
Ricerca su tutti	i i requisiti	Data conclusione Stato	RICHIESTA DI INTEGRAZIONE	DOCUMENTI						
Id univoco REQ		Attività e durate								
Tipo requisito	🔻	Тіро					Stato	ſ	Data scadenza	
festo requisito		DOMANDA					STAND BY	2	21/10/2022	
Denominazione		VALUTAZIONE CORRETTE	ZZA REGIONE				STAND BY	2	25/08/2022	
Fipologia UDO		VALUTAZIONE CORRETTE	ZZA COMUNE				STAND BY	2	24/07/2022	
Edificio		Protocollazioni effett	uate							
Blocco		Numero	Data	Tipo				Fascicolo		
Piano		544	23/06/2022	Aut. Eser Av	vio del procedimento			150.30.130/20	022/INF/871	
rogressivo		546	24/06/2022	Aut. Eser Ri	chiesta di integrazioni			150.30.130/20	022/INF/871	
iede Operativa										
ssegnazione		Documenti allegati a	lla domanda							
õcheda Requisiti	i	sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I	bilitato Mod. Aut. 2 struttoria Lettera richiesta	igitale o esenzi Mod. Aut. 2 - integrazioni	AMB Mod. Aut. 2 - 9 III Lettera integrazione documen	tazione versament .ettera di trasmissi tazione 🦳 Noti	o diritti di segreteria one domanda 📃 Lett ifica costituzione gruppo	Schede del era di trasmiss valutatori	manuale regionale di auto ione Relazione con Verbale visita verifica	rizzazione Relazione tecni clusiva Decreto Verbale Lettera di
Interifications		assolvimento prescrizioni	Rapporto di Verifica	Altro						
/alutazione		Oggetto			File		Operatore	Data 💛	Тіро	Azioni
/erificatore		Copia versamento bollo o	ligitale o esenzione		documento.pdf		OPERATORE_TITOLAR	E) 23/06/2022	2 CopiaVersamentoBollo	DigitaleEsenzione 📳 🖊
lote /erificatore		PROCEDIMENTO: AUT-	ESER [1.0] 1							1
ienza risposta		Iniziato da :	admin							
lon assegnati		Iniziato il :	23/06/2022							\
enza risposta verificatore		Stato :	Avviato							
Non assegnati /erifica		Mostra dati workflow	Mostra workflow							
lon assegnati rerifica Appl	lica filtri	Mostra dati workflow Azioni completate	Mostra workflow							
lon assegnati erifica Appl	lica filtri	Mostra dati workflow Azioni completate Nome	Mostra workflow			Esegu	ito da	E	seguito il	Stato
lon assegnati verifica Appl Esporta se	lica filtri	Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da	Mostra workflow regione			Esegu	ito da a Comune	E:	seguito il 7/06/2022 alle 10:05	Stato Completato
lon assegnati rerifica Appl Esporta se Esporta la d	lica filtri elezione in pdf domanda in pdf	Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita	Mostra workflow regione			Esegu Ancona Admin	ito da a Comune Admin 3di	E: 2: 24	seguito il 7/06/2022 alle 10:05 4/06/2022 alle 15:30	Stato Completato Completato
Non assegnati verifica Esporta se Esporta la d Esporta	lica filtri elezione in pdf domanda in pdf Udo in csv	Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza/	Mostra workflow regione Correttezza Regione			Esegu Ancona Admin OTA OT	ito da a Comune Admin 3di TA	E: 2: 2: 2:	seguito il 7/06/2022 alle 10:05 4/06/2022 alle 15:30 4/06/2022 alle 15:24	Stato Completato Completato Completato
Von assegnati verifica Esporta se Esporta la d Esporta	lica filtri dezione in pdf domanda in pdf Udo in csv	Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza/ Protocollazione eseguita	Mostra workflow regione Correttezza Regione			Esegu Ancona Admin OTA OT Admin	ito da a Comune Admin 3di TA Admin 3di	E: 2: 2: 2: 2: 2: 2: 2: 2:	seguito il 7/06/2022 alle 10:05 4/06/2022 alle 15:30 4/06/2022 alle 15:24 3/06/2022 alle 17:33	Stato Completato Completato Completato Completato

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

Admin Admin

×

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accreditamento

	FASCICOLO DEL TITOL								
lome	Autorizzazione	all'esercizio							Eascicolo 9 di 9
omande con azioni da eseguire	Autorizzazione								
nserimento nuova domanda	Data creazione	23/06/2022							
onna ana sezione anagranca	Numero Procedimento	9/2022							
gour	Data invio Domanda	23/06/2022							
······	Data conclusione								
ucerca su tutti i requisiti	Stato	RICHIESTA DI INTEG	GRAZIONE DOCUMENTI						
univoco REQ	Attività e durate								
o requisito	The			Chala		Data and ana			
sto requisito	Про					Stato		Data scadenza	
	DOMANDA					STAND BY		21/10/2022	
/UDO	VALUTAZIONE CORRETT	EZZA REGIONE				STAND BY		25/08/2022	
ologia UDO	VALUTAZIONE CORRETT	EZZA COMUNE				STAND BY		24/07/2022	
ificio									
	Protocollazioni effet	tuate							
DCCO	Numero	Data	Тіро				Fascicolo		
no	544	23/06/2022	Aut. Eser Av	vio del procedimento			150.30.130/2	022/INF/871	
gressivo	546	24/06/				х	150.30.130/2	022/INF/871	
le Operativa									
	Decumenti allegati a	11 I I I I I I I I I I I I I I I I I I							
comparione.	Documenti anegati a	alla don MODIFICA	DOCUMENTO						
segnazione	Documento Identità	Oggetto: Co	pia versamento bollo 1	Tipo:	Sostitu	isci documento	Schede de	manuale regionale di auto	orizzazione Relazione
segnazione	Documento Identità sanitaria datata tecnico a	alia don Oggetto: Co digitale o eso	pia versamento bollo T enzione (Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi	ione Sostitu	isci documento	Schede de ettera di trasmis	manuale regionale di auto sione 🔲 Relazione con	orizzazione Relazione clusiva Decreto
egnazione	Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio 1 perchimento praccipione	a a ganada ganada ganada a ganada a ganada a ganada a ganada a ganada a gan	pia versamento bollo enzione C a richiesta integrazioni	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document	ione Sostitu azione No	isci documento Li tifica ostituzione grupp	Schede de ettera di trasmis po valutatori	manuale regionale di auto sione Relazione con Verbale visita verifica	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera c
segnazione heda Requisiti te rificatore	Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni	A Gogetto: Co digitale o eso Istruttoria Lettera i Rapporto di Ver	pia versamento bollo T enzione C a richiesta integrazioni ifica Altro	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document	ione Sostitu azione No	isci documento Li tifica estituzione grupp	Schede de ettera di trasmis po valutatori	manuale regionale di auto sione Relazione con Verbale visita verifica	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera d
segnazione en e	Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto	a o o oggetto: Co digitate o eso Istruttona Lettera Rapporto di Ver	pia versamento bollo T enzione C a richiesta integrazioni ifica Altro	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File	azione Not	isci documento Li tifica costituzione grupp Operatore	Schede del ettera di trasmis po valutatori	manuale regionale di auto sione Relazione cono Verbale visita verifica	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera o Azioni
segnazione	Documento latentia anitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo	digitale o esenzione	pia versamento bollo T enzione C a richiesta integrazioni ifica Altro	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	azione Sostitu	isci documento Li Litica crestituzione grupp Operatore admin (OPERATORE_TI OLA	Schede del ettera di trasmis po valutatori Data 23/06/202	Imanuale regionale di auto sione Relazione consi Verbale visita verifica Tipo 2 CopiaVersamentoBolloi	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera con Azioni DigitaleEsenzione Verbale Verbale Portectione Relazione Verbale Verba
segnazione heda Requisiti te irificatore lutazione lutazione te effectane	Documento Identită sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo	Ggetto: Co digitate o ese labilitato Istruttoria Lettera i Rapporto di Ver digitale o esenzione	pia versamento bollo T enzione C a richiesta integrazioni ifica Altro	Tipo: Copia/VersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	ione Sostitu azione No	isci documento Littica estituzione grupp Operatore admin (OPERATORE_TITOLA	Schede del ettera di trasmis po valutatori Data V ARE) 23/06/202	manuale regionale di auto sione Relazione con Verbale visita verifica Tipo 2 CopiaVersamentoBollo	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera c DigitaleEsenzione
segnazione en e	Documento identità sanitaria datta tecnico a Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUT	digitale o esenzione -ESER [1.0] 2 ⁴	pia versamento bollo pia versamento bollo a richiesta integrazioni fifica Altro	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	azione No	isci documento Littica estituzione grupp Operatore admin (OPERATORE_TITOLA	Schede del ettera di trasmis po valutatori Data V ARE) 23/06/202	manuale regionale di auto sione Relazione con Verbale visita verifica Tipo 2 CopiaVersamentoBollo	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera c DigitaleEsenzione
eegnazione	Documento Identità anitaria datata tecnico o comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUT Iniziato da :	digitale o esenzione eserzione	pia versamento bollo pia versamento bollo a richiesta integrazioni fifica Altro	Tipo: copiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	azione No	isci documento Linca estituzione grupp Operatore admin (OPERATORE_TIXOL/	Schede del ettera di trasmis so valutatori Data ARE) 23/06/202	manuale regionale di auto sione Relazione con Verbale visita verifica Tipo 2 CopiaVersamentoBollo	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera o Azioni DigitaleEsenzione
segnazione heda Requisiti te ifficatore lutazione rifficatore lutazione rifficatore lutazione rificatore	Documento Identità anitaria datata tecnico a comunicazione di Avvio i assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUF Iniziato da : Iniziato di :	dia don digitale o Spectro Coy digitale o Istruttona Letter digitale o esenzione -ESER [1.0] t ¹ admin 23/06/2022	a richiesta integrazioni offica Altro	Tipo: copiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	azione No	isci documento Littica estituzione grupp Operatore admin (OPERATORE_TITOLI	Schede del ettera di trasmis so valutatori Data ARE) 23/06/202	manuale regionale di auto sione Relazione con Verbale visita verifica Tipo 2 CopiaVersamentoBollo	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera c Azioni DigitaleEsenzione
segnazione Image: Segnazione heda Requisiti Image: Segnazione rificatore Image: Segnazione lutazione Image: Segnazione rificatore Image: Segnazione na sesegnati Image: Segnazione nza risposta Image: Segnazione nza risposta Image: Segnazione	Documento Identità sanitaria datata tecnico a comunicazione di Avvio la assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUF Iniziato da : Iniziato il : Stato :	digitale of the second	a versamento bollo Tornarione Consideratione Consideratione Consideratione Construction Constructico Construction Constructico Construction Construc	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	one Sostitu azione No	isci documento Littica ocstituzione grupp Operatore admin (OPERATORE_TITOL)	Schede del ettera di trasmis so valutatori Data 23/06/202	manuale regionale di auto sione Relazione com Verbale visita verifica Tipo 2 CopiaVersamentoBollo	orizzazione Relazione clusiva Decreto Lettera d Verbale Lettera d Azioni DigitaleEsenzione 9
regnazione Image: Second Sec	Documento Identità antaria datata tecnico o comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUT Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow	A Control of the	pia versamento bollo pia versamento bollo a richiesta integrazioni fifica Altro	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	one Sostitu	isci documento bificar estituzione grupp Operatore admin (OPERATORE_TINU	Schede del ettera di trasmis po valutatori Data V ARE) 23/06/202	manuale regionale di auto sione Relazione com Verbale visita verifica Tipo 2 CopiaVersamentoBollo	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera o Azioni DigitaleEsenzione
egnazione eda Requisiti eda Requisiti eda Requisiti eda	Documento Identità sanitaria datata tecnico o Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUTO Iniziato da : Iniziato da : Iniziato da : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate	digital on operator	a richiesta integrazioni fifca Altro	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	ione Sostitu azione No	isci documento bificartestituzione grupp Operatore admin (OPERATORE_TTOL)	Schede del ettera di trasmis oo valutatori Data 20 23/06/2022	manuale regionale di auto sione Relazione com Verbale visita verifica Tipo 2 CopiaVersamentoBollo	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera DigitaleEsenzione
egnazione eda Requisiti e e fitcatore fitcator	Documento Identità sanitaria datata tecnico o Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUT Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome	A Golfield Oggetto: Cog Oggetto: Coggetto: Cog	a richiesta integrazioni fifica Altro	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	one Sostitu azione No Sostitu Esegu	isci documento lia Li Li Li Li Li Li Li Li Li Li	Schede del ettera di trasmis oo valutatori Data 2 23/06/202	manuale regionale di auto ione Relazione com Verbale visita verifica 2 Tipo 2 CopiaVersamentoBollo	orizzazione Relazione clusiva Decreto Azioni Verbale Azioni DigitaleEsenzione & /
egnazione eda Requisiti e e ificatore in assegnati ificatore ifica	Documento Identità santaria datata tecnico a comunicazione di Avvio i assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUT Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da	Applicate	a richiesta integrazioni ifica Altro	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	ione Sostitu azione No Sostitu Esegi Ancon	isci documento bifica vestituzione grupp Operatore domin (OPERATORE_TIOUA uito da aa Comune	Schede del ettera di trasmis oo valutatori Data 20 23/06/202	manuale regionale di auto sione Relazione con Verbale visita verifica 1 Tipo 2 CopiaVersamentoBollo CopiaVersamentoBollo	orizzazione Relazione clusiva Decreto Azioni Verbale Lettera DigitaleEsenzione 9 ~
egnazione eda Requisiti e e ificatore utazione ificatore ificatore ificatore iza risposta a assegnati a assegnati ficatore Esporta selezione in pdf Esporta la domanda in pdf	Documento Identità sanitaria datata tecnico a comunicazione di Avvio i assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUF Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita	Addition	a richiesta integrazioni	Tipo: Copia/versamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	one Sostitu azione No Esegu Ancon Admir	isci documento titica estituzione grupp Operatore admin (OPERATORE_TITOLA uitto da Ia Comune a Admin 3di	Schede del ettera di trasmis to valutatori Data 2 23/06/202 Etterationality 23/06/202 22/06/202 22/07/202 22/06/	manuale regionale di auto Selazione ⊂ Relazione comi Tipo CopiaVersamentoBollo CopiaVersamentoBollo CopiaVersamentoBollo Seguito II 7/06/2022 alle 10:05 4/06/2022 alle 15:30	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera DigitaleEsenzione Stato Completato Completato
egnazione egnazi	Documento Identità sanitaria data tecnico a Comunicazione di Avvio i assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUT Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione esegutta	digital e o ogetto: Co	a richiesta integrazioni	Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	one Sostitu azione No Esegu Ancon Admir	isci documento la	Schede del ettera di trasmis ov valutatori Data 2 23/06/202 E 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	manuale regionale di auto solone Relazione com Verbale visita verifica Tipo CopiaVersamentoBollo CopiaVersamentoBollo Seguito II 7/06/2022 alle 10:05 4/06/2022 alle 15:30	orizzazione Relazione clusiva Decreto Lettera Verbale Lettera DigitaleEsenzione V Stato Completato Completato
egnazione eda Requisiti te inficatore inficatore inficatore inficatore inficatore in assegnati n assegnati inficatore in assegnati Esporta selezione in pdf Esporta la domanda in pdf Esporta Udo in csv	Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUT Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza	digital e o ogetto: Coq ogetto: C	a richiesta integrazioni	Tipo: Copia/VersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	one Sostitu azione No Esegu Ancon Admin	isci documento la la lutilita estituzione gruppi definita estituzione gruppi operatore admin (OPERATORE_TITUL) uito da la comune n Admin 3di otra	Schede del ettera di trasmis o valutatori 23/06/202 23/06/202 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	Imanuale regionale di auto isione Relazione com Verbale visita verifica Tipo CopiaVersamentoBollo CopiaVersamentoBollo Seguito il ryto6/2022 alle 10:05 4/06/2022 alle 15:20	orizzazione Relazione clusiva Decreto Verbale Lettera of DigitaleEsenzione Stato Completato Completato Completato
segnazione heda Requisiti te irificatore ilutazione irificatore nza risposta n assegnati na risposta n assegnati Esporta selezione in pdf Esporta Idoo in csv	Documento Identità sanitaria data tecnico a Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto Copia versamento bollo PROCEDIMENTO: AUT Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza, Protocollazione eseguita	digital o consolitation orgetto: Consolitation orgetto: Consolitation digitale o esenzione consolitation	a richiesta integrazioni	Tipo: Copia/VersamentoBolloDigitaleEsenzi Lettera integrazione document File documento.pdf	one Sostitu azione No Esegu Ancon Admir OTA C	isci documento la Lucione gruppi difica restituzione gruppi admin (OPERATORE_TTOLA) ido da ia Comune a Admin 3di DTA a Admin 3di	Schede del ettera di trasmis oo valutatori 23/06/202 E E E E E E Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z	Imanuale regionale di auti sione Relazione com Verbale visita verifica 2 CopiaVersamentoBollo 2 CopiaVersamentoBollo 2 CopiaVersamentoBollo 3 CopiaVersamentoBol	orizzazione Relazione i clusiva Decreto Decreto Decreto I Verbale Lettera di DigitaleEsenzione I anima di Stato Completato Completato Completato Completato

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

]									
ne nande con azioni da eseguire	V Autorizzazione	all'esercizio					Fascicolo 9	9 di 9 🕨 利	
erimento nuova domanda	Data creazione	23/06/2022							
na alla sezione anagrafica	Numero Procedimento	9/2022							
out	Data invio Domanda	23/06/2022							
cerca su tutti i requisiti	Data conclusione Stato	RICHIESTA DI INTEGR	AZIONE DOCUMENTI						
nivoco REQ	Attività e durate								
requisito	Тіро			Stato)	Data scadenza			
to requisito	DOMANDA			STAN	D BY	21/10/2022			
ominazione	VALUTAZIONE CORRETTI	EZZA REGIONE		STAN	D BY	25/08/2022			
ologia UDO	VALUTAZIONE CORRETT	EZZA COMUNE		STANE	D BY	24/07/2022			
ìcio	Protocollazioni effet	tuate							
:00	Numero	Data	Тіро		Fascico	lo			
10	544	23/06/2022	Aut. Eser Avvio del procedimento		150.30.1	30/2022/INE/871			
gressivo					150.30.130/2022/INF/871				
	546	24/06/2022	Aut. Eser Richiesta di integrazioni		150.30.1	30/2022/11/6/1			
e Operativa	546	24/06/2022	Aut. Eser Richiesta di integrazioni		150.30.1	50/2022/INF/6/1			
e Operativa	Documenti allegati a	24/06/2022	Aut. Eser Richiesta di integrazioni		150.30.1	50/2022/INF/8/1			
e Operativa egnazione eda Requisiti	Documenti allegati a	Ila domanda	Aut. Eser Richiesta di integrazioni	Attestazione versamento diritti	di segreteria 📃 Sched	e del manuale regionale o	di autorizzazione 📃	Relazione tec	
e Operativa egnazione eda Reguisiti	Documenti allegati a Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio 1	Ila domanda Copia versamento bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera r	Aut. Eser Richiesta di integrazioni pollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione	Attestazione versamento diritti 9Lettera di trasmissione dom documentazioneNotifica cost	di segreteria Sched anda Lettera di tra	e del manuale regionale (smissione Relazion	di autorizzazione ne conclusiva De ifica Verbale	Relazione tec crreto Lettera di	
e Operativa egnazione eda Requisiti	Documenti allegati a Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni	Ila domanda Copia versamento bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera r Rapporto di Verifi	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione ca Altro	Attestazione versamento diritti 9Lettera di trasmissione dom documentazioneNotifica cost	di segreteria Sched handa Lettera di tra tituzione gruppo valutatori	e del manuale regionale (smissione Relazion i Verbale visita veri	di autorizzazione 📄 ne conclusiva 📄 De ifica 📄 Verbale 📄	Relazione tec creto Lettera di	
e Operativa egnazione eda Requisiti e ficatore	546 Documenti allegati a Documento Identità sanitaria datata tecnico o assolvimento prescrizioni Oggetto	Ila domanda Copia versamente bilitato Kuttoria Lettera I Rapporto di Verifi	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione ca Altro F	Attestazione versamento diritti 9 _ Lettera di trasmissione don documentazione _ Notifica cost le	di segreteria Sched aanda Lettera di tra tituzione gruppo valutatori Operatore	e del manuale regionale o smissione Relazion i Verbale visita veri	di autorizzazione e conclusiva De ifica Verbale Tipo	Relazione tec creto Lettera di	
e Operativa egnazione eda Requisit ficatore ficatore	SH6 Documenti allegati a Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUF	Ila domanda Copia versamento bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera i Rapporto di Venfi ESER [1.0] 1 ²	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 ichiesta integrazioni Ca Altro F	Attestazione versamento diritti 9 Lettera di trasmissione don documentazione Notifica cost le	i segreteria Sched anda Lettera di tra tituzione gruppo valutatori Operatore	e del manuale regionale (smissione Relazion i Verbale visita veri Data V	di autorizzazione e conclusiva De ifica Verbale Tipo	Relazione tec cereto Lettera di Azioni	
e Operativa egnazione eda Requisiti es ficatore e ficatore e e	SH6 Documenti allegati a Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUF Iniziato da :	Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera Rapporto di Verifi ESER [1.0] 1 ² admin	Aut. Eser Richiesta di integrazioni p bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione ca Altro	Attestazione versamento diritti 9 Lettera di trasmissione don documentazione Notifica cost le	di segreteria Sched anda Lettera di tra ittuzione gruppo valutatori Operatore	e del manuale regionale o smissione Relazion Verbale visita veri Data V	di autorizzazione ne conclusiva De fifica Verbale Tipo	Relazione tec ccreto Lettera di Azioni	
e Operativa egnazione eda Requisiti eda Requisiti es e e e e e e e e e e e e e e e e e e	546 Documenti allegati a Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avivo I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUTE Iniziato da : Iniziato il :	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera i Rapporto di Venfi ESER [1.0] 12 admin 23/06/2022	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione Ca Altro F	Attestazione versamento diritti 9Lettera di trasmissione don documentazioneNotifica cost le	di segreteria Sched nanda Lettera di tra ittuzione gruppo valutatori Operatore	e del manuale regionale o smissione Relazion Verbale visita veri	di autorizzazione e conclusiva De ffica Verbale Tipo	Relazione tec creto Lettera di Azioni	
e Operativa e operativa e operativa e e e e fincatore e e fincatore e e a risposta e assegnati e e e e fincatore e fincatore e e e fincatore e e e fincatore e e e fincatore e e e e fincatore e e e e e e e e e e e e e e e e e e	546 Documenti allegati at Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUTO Iniziato da : Iniziato il : Stato :	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera i Rapporto di Venfi ESER [1.0] t ² admin 23/06/2022 Avviato	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione a Altro F	Attestazione versamento diritti 9Lettera di trasmissione dom documentazioneNotifica cost le	i segreteria Sched anada Lettera di tra ittuzione gruppo valutatori Operatore	e del manuale regionale o smissione Relazion Verbale visita veri	di autorizzazione e conclusiva De ffica Verbale Tipo	Relazione tec creto Lettera di Azioni	
e Operativa e operativa e da Requisiti e da Requisiti e e ficatore e ficatore e a susposta assegnati assegnati	546 Documenti allegati ai	24/06/2022 Ila domanda Copia versament bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera Rapporto di Verifi ESER [1.0] 12 admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione ca Altro F	Attestazione versamento diritti Attestazione versamento diritti Lettera di trasmissione don documentazione Notifica cost le	isegreteria Sched handa Lettera di tra ituzione gruppo valutator Operatore	e del manuale regionale (smissione Relazion Verbale visita veri	di autorizzazione ne conclusiva De prifica Verbale	Relazione tec creto Lettera di Azioni	
e Operativa e Operativa e Operativa e Operativa e e e ficatore e e e ficatore e e ficatore e e ficatore e e e ficatore e e e e e e e e e e e e e e e e e e	546 Documenti allegati at Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUTO Iniziato da : Iniziato da : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera i Rapporto di Venfi ESER [1.0] 12 admin 23/06/2022 Awiato Mostra workflow	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione a Altro F	Attestazione versamento diritti Attestazione versamento diritti Lettera di trasmissione dom documentazione Notifica cost le	isegreteria Sched anada Lettera di tra ituzione gruppo valutator Operatore	e del manuale regionale o smissione Relazion i Verbale visita veri Data V	di autorizzazione e conclusiva De ffica Verbale Tipo	Relazione tec screto Lettera di Azioni	
e Operativa egnazione eda Requisiti es en estato en esta	546 Documenti allegati at Santaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod.Aut. struttoria Lettra i Rapporto di Venfi ESER [1.0] 1 ² admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione a Altro F	Attestazione versamento diritti Attestazione versamento diritti Lettera di trasmissione don documentazione Notifica cost le Eseguito da	isegreteria Sched anda Lettera di tra ituzione gruppo valutator Operatore	e del manuale regionale o smissione Relazion i Verbale visita veri Data V	di autorizzazione e conclusiva De frica Verbale Tipo Stato	Relazione tec screto Lettera di Azioni	
e Operativa egnazione eda Requisiti e e ficatore ficatore e ficatore za risposta assegnati e assegnati ficatore assegnati ficatore e ficatore ficatore e ficatore e ficatore ficatore e ficator	546 Documenti allegati ai Documento Identiti santaria datata teorico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUTE Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod. Aut. struttoria Letter i Rapporto di Venfi ESER [1.0] 1 ³ admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione ca Altro F	Attestazione versamento diritti Attestazione versamento diritti Lettera di trasmissione don documentazione Notifica cost le Eseguito da Ancona Comun	i segreteria Sched anada Lettera di tra ittuzione gruppo valutator Operatore	e del manuale regionale o smissione Relazion i Verbale visita veri Data V Eseguito il 27/06/2022 alle 10:0:	di autorizzazione e conclusiva De fifica Verbale Tipo Stato 5 Completat	Relazione tec screto Lettera di Azioni	
e Operativa e operativa egnazione eda Requisiti e e ficatore ficat	546 Documenti allegati at Santaria datata teorico a Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUT- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod.Aut. struttoria Lettra i Rapporto di Venfi ESER [1.0] 12 admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione a Altro F	Attestazione versamento diritti Attestazione versamento diritti Lettera di trasmissione don documentazione Notifica cost le Eseguito da Ancona Comun Admin Admin A	isegreteria isched anda icttera di tra ittuzione gruppo valutator Operatore	e del manuale regionale o smissione Relazion i Verbale visita veri Data V Eseguito il 27/06/2022 alle 10:03 24/06/2022 alle 15:33	di autorizzazione e conclusiva De frica Verbale Tipo Stato 5 Completat 0 Completat	Relazione tec screto Lettera di Azioni Azioni to	
e Operativa egnazione eda Requisiti e e a eda Requisiti e e ficatore ficatore e e ficatore za risposta assegnati assegnati fica Applica filtri Esporta selezione in pdf Esporta la domanda in a df	546 Documenti allegati at Documento Identità santaria datata tecnico a Comunicazione di Avio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUTI- Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod. Aut. struttoria Letter i Rapporto di Venfi ESER [1.0] 13 admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione (Correttezza Regione	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione a Altro F	Attestazione versamento diritti 9 Lettera di trasmissione don documentazione Notifica cost le Eseguito da Ancona Comun Admin Admin 3 OTA OTA	i segreteria in Sched anda in Lettera di tra ittuzione gruppo valutator Operatore	e del manuale regionale o smissione Relazion i Verbale visita veri Data V Eseguito il 27/06/2022 alle 10:0: 24/06/2022 alle 15:33	di autorizzazione ne conclusiva De perifica Verbale Tipo Tipo 5 Stato 5 Completat 4 Completat	Relazione tec Lettera di Azioni to to to	
e Operativa egnazione eda Requisiti eda Requisiti e e ficatore ficatore ficatore ca risposta assegnati ca assegnati fica Applica filtri Esporta selezione in pdf Esporta la domanda in pdf	546 Documenti allegati at Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avioi Oggetto PROCEDIMENTO: AUF Iniziato da : Iniziato al : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione completaze	24/06/2022 Ila domanda Copia versamente bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera i Rapporto di Venfi Rapporto di Venfi escer, (1.0) 1 ² admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione Correttezza Regione	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione a Altro F	Attestazione versamento diritti 9 Lettera di trasmissione don documentazione Notifica cost le E E E Attestazione Seguito da Ancona Comun Admin Admin 3 OTA OTA Admin Admin Admin 3	isegreteria Sched anada Lettera di tra ittuzione gruppo valutatori Operatore		di autorizzazione e conclusiva De frica Verbale Tipo Tipo 5 Completat 4 Completat 3 Completat	Relazione tec creeto Lettera di Azioni to to to to to	
e Operativa e operativa egnazione eda Requisiti e e ficatore ficatore ficatore assegnati ficatore assegnati fica Esporta selezione in pdf Esporta Id domanda in pdf Esporta Id domanda in pdf	546 Documenti allegati at Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUF Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza Valutazione completaze	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera i Rapporto di Venfi ESER [1.0] 13 admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione //Correttezza Regione	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - ichiesta integrazioni Lettera integrazione F	Attestazione versamento diritti 9 Lettera di trasmissione don documentazione Notifica cost le Eseguito da Ancona Comun Admin Admin 3 OTA OTA Admin Admin 3 Ancona Comun Admin Admin 3 Ancona Comun	isegreteria is Sched anada uettera di tra ittuzione gruppo valutator Operatore ite idi idi ie	e del manuale regionale o smissione Relazion i Verbale visita veri Data Eseguito il 27/06/2022 alle 15:3 24/06/2022 alle 15:2 23/06/2022 alle 15:2	di autorizzazione e conclusiva De frica Verbale Tipo 5 Completat 3 Completat 7 Completat	Relazione tec Lettera di Azioni Azioni to to to to to to to	
e Operativa e operativa egnazione eda Requisiti e e ficatore ficatore ficatore ficatore a risposta assegnati assegnati assegnati Esporta selezione in pdf Esporta Ia domanda in pdf Esporta Udo in csv	546 Documenti allegati at Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio 1 assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUF Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza, Protocollazione eseguita Valutazione da eseguire	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera / Rapporto di Venfi ESER [1.0] [1] admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione /Correttezza Regione	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria bollo digitale o esenzione Nod. Aut. 2 chiesta integrazioni Altro F	Attestazione versamento diritti 9 Lettera di trasmissione dori documentazione Notifica cost le ESEGUITO da Ancona Comun Admin Admin 3 OTA OTA Admin Admin 3	di segreteria Sched nanda Lettera di tra itituzione gruppo valutatori Operatore di bdi te	e del manuale regionale o smissione Relazion e del visita veri verbale visita veri Data 27/06/2022 alle 10:0: 24/06/2022 alle 15:3: 23/06/2022 alle 15:2: 23/06/2022 alle 17:1:	di autorizzazione e conclusiva De frica Verbale Tipo 5 Completat 6 Completat 7 Completat	Relazione tec creeto Lettera di Azioni to to to to	
e Operativa e operativa egnazione eda Requisiti e e ficatore ficatore ficatore ficatore a risposta assegnati assegnati assegnati Esporta selezione in pdf Esporta la domanda in pdf Esporta Udo in csv	546 Documenti allegati at Documento Identità sanitaria datata tecnico a Comunicazione di Avvio I assolvimento prescrizioni Oggetto PROCEDIMENTO: AUF Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezza Azioni da eseguire Nome	24/06/2022 Ila domanda Copia versamentu bilitato Mod. Aut. struttoria Lettera / Rapporto di Venfi ESER [1.0] 1 ¹ admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow regione 'Correttezza Regione	Aut. Eser Richiesta di integrazioni bollo digitale o esenzione Planimetria Comparison Lettera integrazione Altro F	Attestazione versamento diritti Attestazione versamento diritti Attestazione don documentazione Notifica cost le Eseguito da Ancona Comun Admin Admin 3 OTA OTA Admin Admin 3 Ancona Comun	di segreteria Sched anada Lettera di tra ittuzione gruppo valutatori Operatore Della ittuzione gruppo valutatori ittuzione gruppo valutatori di ittuzione gruppo valutatori operatore di ittuzione gruppo valutatori operatore di	del manuale regionale o smissione Relazion edel visita veri Data Data Z7/06/2022 alle 10:00 24/06/2022 alle 15:33 23/06/2022 alle 15:23 23/06/2022 alle 17:13 Z3/06/2022 Z3/06/2022 alle 17:13 Z3/06/2022 Z3/06/202	di autorizzazione e conclusiva De frica Verbale Tipo 5 Stato 5 Completat 0 Completat 3 Completat 7 Completat	Relazione tec cerceto Lettera di Azioni to to to to to	

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

X
ESECUZIONE ATTIVITÀ
Invio integrazioni richieste
Dopo aver completato le modifiche richieste reinviare la domanda
Note *
Note di modifica
Oggetto documento 1 Documento 1
Scegli file Nessun file selezionato
Oggetto documento 2
Documento 2
INVIA DOMANDA
Bonitasoft © 2015

La domanda è stata re-inviata:

1

Sanità Regione Ma	arche - Autorizzazi	one ed Accredita	imento				Admin Adm	
MENU	FASCICOLO DEL TITO	LARE OSPEDALE POLIEDRIC	o					
Home Domande con azioni da eseguire	V Autorizzazione	all'esercizio				I	Fascicolo 1 di 1	
nserimento nuova domanda	Data creazione	23/06/2022						
orna alla sezione anagrafica	Numero Procedimento	9/2022						
ogout	Data invio Domanda	23/06/2022						
	Data conclusione							
Ricerca su tutti i requisiti	Stato	INVIATA]	_			
l univoco REQ	Attività e durate							
po requisito	Tipo			Stato	1	Data scadenza		
esto requisito	DOMANDA			IN CORSO	:	21/10/2022		
enominazione O/UDO	VALUTAZIONE CORRETT	EZZA REGIONE		STAND BY	:	25/08/2022		
ipologia UDO	VALUTAZIONE CORRETT	EZZA COMUNE		IN CORSO	:	24/07/2022		
dificio	Protocollazioni effet	tuate						
locco	Numero	Data	Тіро		Fascicolo			
iano	544	23/06/2022	Aut. Eser Avvio del procedimento		150.30.130/2	022/INF/871		
rogressivo	546	24/06/2022	Aut. Eser Richiesta di integrazioni		150.30.130/2	022/INF/871		
ede Operativa	Documenti allegati a	alla domanda						
ssegnazione	Documento Identit	à 📃 Conia versamento bollo	digitale o esenzione Planimetria Attestazione vers	samento diritti di segreteria	Schede del	manuale regionale di auto	rizzazione Relazione tecr	
cheda Requisiti	sanitaria datata tecnico	abilitato 📄 Mod. Aut. 2 📄	Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di tra	asmissione domanda 📃 Let	ttera di trasmis	sione 📃 Relazione con	clusiva Decreto	
ote	assolvimento prescrizion	i Rapporto di Verifica	Altro	Notifica costituzione gruppo	ovalutatori	Verbale visita verifica	Verbale Lettera di	
erificatore	Oggetto		File	Ope	eratore	Data 💛 🛛 Tip	o Azioni	
alutazione erificatore	PROCEDIMENTO: AUT	-ESER [1.0] 1]						
ote	Iniziato da :	admin						
enza risposta	Iniziato il :	23/06/2022						
on assegnati	Stato :	Avviato						
enza risposta erificatore	Mostra dati workflow	Mostra workflow						
on assegnati erifica	Azioni completate							
Applica filtri	Nome			Eseguito da	E	seguito il	Stato	
- oppinger man	Richiesta Integrazioni			Admin Admin	2	7/06/2022 alle 10:56	Completato	
Esporta selezione in pdf	Richiesta integrazione da	a regione		Ancona Comune	2	7/06/2022 alle 10:05	Completato	
Esporta la domanda in pdf	Protocollazione eseguita			Admin Admin 3di	2	4/06/2022 alle 15:30	Completato	
Esporta Udo in csv	Valutazione Completezza	a/Correttezza Regione		OTA OTA	2	24/06/2022 alle 15:24 Completato		
	Protocollazione eseguita			Admin Admin 3di	2	3/06/2022 alle 17:33	Completato	
	Valutazione Completezza	a/Correttezza Comune		Ancona Comune	2	3/06/2022 alle 17:17	Completato	

Presa in carico richiesta di integrazioni e invio domanda al comune

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 autovalutazioni":

MENU	FASCICO	O DEL TITOLARE: OS	PEDALE POLIEDRICO							
·Home ·Domande con azioni da eseguire	Elenco F	ascicoli				I	┥ Pag 1 di 1 🕨 利			
Inserimento nuova domanda -Torna alla sezione anagrafica -Logout	Stato/Procedimento scegi lo stato * Data creazione da * Data invio domanda da * Data conclusione da * Pulisci Applica filtri									
	Тіро	Numero Procedimento	Oggetto	Data Creazione	Data invio Domanda	Data Conclusione	Stato Domanda			
	₹		Ospedale poliedrico	22/11/2021						
	L		Atti	22/11/2021						
	4/2022		Autorizzazione all'esercizio	20/01/2022	20/01/2022 20/01/2022 20		PROCEDIMENTO CONCLUSO			
	L🏏	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			
	L🏏	7/2022	Autorizzazione all'esercizio	12/04/2022	12/04/2022	23/06/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO			
	L🏏	8/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/04/2022	22/04/2022		FASE ISTRUTTORIA			
	L🏏		Autorizzazione all'esercizio	23/06/2022			BOZZA			
	L	9/2022	Autorizzazione all'esercizio	23/06/2022	23/06/2022		RICHIESTA DI INTEGRAZIONE AUTOVALUTAZIONI			

Nella sezione Unità di offerta, nella colonna Requisiti, facciamo click sul pulsante Scheda Requisiti dell'UDO:

×

Copiare una CO/UDO/UO/ST/ED	Richiesta Integrazioni			Admin	Admin	27/06/2022 alle 10:56	Completato	
elenco tramite i apposito puisante	Richiesta integrazione da region	e		Ancona	a Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato	
	Protocollazione eseguita			Admin	Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato	
Esporta selezione in pdf	Valutazione Completezza/Corrett	ezza Regione		OTA OT	TA	24/06/2022 alle 15:24	Completato	
Esporta la domanda in pdf								
Esporta Udo in csv	Azioni da eseguire							
ia notifica assegnatari reguisiti	Nome					Stato Az	zioni	
	Richiesta Integrazioni					Pronto	Rilascia Esegui	
	UNITÀ DI OFFERTA							
	Elenco UDO [Sono state sel	ezionate: 0 Unità operative (e 0 Unità di Offerta]					
			_					
	Codice Ente							
	Denominazione							
	Tipo Udo		_					
	Disciplina Area Disciplino		Branca					
	Classificazione UDO		×					
	Sede Operativa		Unità Operativa					
	Edificio		Blocco					
	Piano		Progressivo					
	Direttore							
	Codice Univoco							
	Scadenza da		▼ a	-				
	Mostra solo con RS							
	Area Vasta							
	Applica nitri Pulisci							
	Ordinamento	Gerarchico	*					
		0005 D 1 1	77 I I 1980		Branche			
	Codice Univoco Codic	ce ORPS Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
	Requisiti Generali					Scheda Requisiti 🔡 💄		
	UO Ospedale poliedrico)						× 💷
			STROKE UNIT (LUVEU O T					
	732-39390 12345	prova udo RTI 8	LIVELLO) - 732 - RTI	USTIONI		Scheda Requisiti 🔡 💄		*

Nella Scheda Requisiti, modifichiamo ad esempio una risposta selezionando no dal menu a tendina ed inseriamo un piano di intervenendo selezionando sì dal menu a tendina (ad esempio scegliamo la riga con testo requisito "La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto"):

Rispondi a tutti i selezionati SCHEDA RE	UISITI														
Lista dei F	equisiti												II I P	ag 1 di 1	
Sede Opera	iva SO Ospedale	poliedrico													-
*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No' Organizzati	a UO Ospedale	poliedrico													
Filtra Unità di Offerta	732-39390	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO) - II LIVELLO)	- 732	2 - RTI									
Id univoco REQ	B- Area Chiru GRANDI UST letto AU: 8, p AC: 8, tipo P	urgica 47 - TONI, posti posti letto L: ATTUATI													
Assegnazione Fattori															
Scheda Requisiti Indirizzo	Edificio: 00	1 - Ala est	Blocco: 14	Piano: 2		Progressi	vo: 67	78							
note	Testo Requ	isito	Assegnazione	Risposta		evidenze	note	Piano di intervento		Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
Valutazione Verificatore	La superficie per ogni deg	minima enza		Si	-	1	1	No	-	1	1			storia	
Note Verificatore	La superficie per le degen	minima ze multiple		No	-		/	si	-					storia	
Senza risposta	è di 12 mq p letto	er posto		110				5						storia	
Senza risposta verificatore	La superficie consente age manovre ass	minima evoli istenziali		Si	-	1	1	No	•	1	1			storia	
Non assegnati verifica	una zona filti	ro		Si	-	1	1	No	-	1	1			storia	
Applica filtri Pulisci RTI.05	un locale me	dici		Si	-	1	1	No	•	/	/			storia	
Assegna tutti i selezionati	un locale lav infermieri	oro		Si	-	1	1	No	•	/	/	•		storia	
UO	servizi igienio personale	ti per il		Si	-	1	1	No	•	1	ø	•		storia	
Persona T	aree/arredi f raggiungibili stoccaggio di di consumo,	acilmente per lo i materiale farmaci e		Si	•	/	/	No	•	1	1			storia	
														ag 1 di 1	
Copia/Incolla Note/Evidenze															
Note Evidenze															
copia: Note e/o Evidenze															
Salva Salva e torna Torna															
Esporta in csv															

Facciamo click sull'icona della matita nella colonna Modalità di adeguamento:

×

Rispondi a tut	Rispondi a tutti i selezionati SCHEDA REQUISITI															
-	Applica	Lista dei Requ	iisiti											II I P	ag 1 di 1	
	- Abbuca	Sede Operativa	SO Ospedale poliedrico													
*L'operazione ha requisiti	le rietto solamente per di tipo 'Si/No' UO Ospedale poliedrico UO Ospedale poliedrico															
Filtra		Unità di Offerta	732-39390 prova udo RTI 8	2-39390 udo RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI 8												
Id univoco REQ Tipo requisito	2	Disciplina- Ambito/Branca	B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto													
Testo requisito			AC: 8, tipo PL: ATTUATI													
Assegnazione	Assegnazione Fattori produttivi															
Scheda Requisi	iti	Indirizzo interno	Edificio: 001 - Ala est	Blocco: 14	Piano: 2	Р	rogressi	vo: 67	78							
note		Id Univoco	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	e	videnze	note	Piano di intervento		Modalità di adequamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adequamento	Prescrizioni	storia	Azioni
Verificatore		REQ									uuuguunentu	oucguarrento	hacguanterea	nacyuanieneo		
Valutazione Verificatore		RTI.01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq		Si	-	/	1	No	-	/	1			storia	
Note Verificatore			La superficie minima per le degenze multiple		No		/	,	Ci	-					ctoria	
Senza risposta		KI1.UZ	è di 12 mq per posto letto		INO		-	<i>.</i>	51	· ·			· · · · · ·		SLOFIA	
Senza risposta verificatore		RTI.03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali		Si	-	/	/	No	•	1	/			storia	
Non assegnati verifica		RTI.04	una zona filtro		Si	-	1	1	No	-	1	1			storia	
Applica f	filtri Pulisci	RTI.05	un locale medici		Si	-	1	1	No	-	1	1	▼		storia	
Accorno tutti	i colorionati	RTI.06	un locale lavoro infermieri		Si	-	1	1	No	-	1	1	•		storia	
		RTI.07	servizi igienici per il personale		Si	-	/	1	No	-	/	/	•		storia	
Persona	Applica	RTI.08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e		Si	-	/	P	No	-	1	1			storia	
															ag 1 di 1	
Copia/Incolla	Note/Evidenze															
Note	Evidenze															
Selezionare alr copia: No	meno una opzione di ote e/o Evidenze															
Salva Salv	va e torna Torna															
Espe	orta in csv															
						_	_	_		_					_	_

Si apre una finestra in cui inserire una nota, poi facciamo click sul pulsante Salva:

	х
MODALITÀ DI ADEGUAMENTO	
Nota	
	1
Salva	

Facciamo click sull'icona della matita nella colonna Tempi di adeguamento:

Rispondi a tutti	i i selezionati	SCHEDA REQUI	SITI														
	Applica	Lista dei Requ	isiti													Pag 1 di 1	I P PI
Streenstern be		Sede Operativa	SO Ospedale	poliedrico													^
"L'operazione na e requisiti c	di tipo 'Si/No'	Unità Organizzativa UO Ospedale poliedrico															
Filtra		Unità di Offerta	732-39390 prova udo RTI STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI 8														
Id univoco REQ Tipo requisito		Disciplina- Ambito/Branca	B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti ca letto AU: 8, posti letto AC: 8, ipo PL: ATTUATI														
Assegnazione	Testo requisito																
Scheda Requisiti	i	Indirizzo interno	Edificio: 001	- Ala est	Blocco: 14	Piano: 2		Progressi	vo: 67	'8							
note		Id Univoco BEO	Testo Requi	sito	Assegnazione	Risposta		evidenze	note	Piano di intervento	Modalit adegua	tà di mento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguament	storia	Azioni
Valutazione Verificatore		RTI.01	La superficie per ogni dege singola è di 1	minima enza 6 mg		Si	•	/	/	No	- /	,	1		-	storia	
Note Verificatore Senza risposta		RTI.02	La superficie per le degenz è di 12 mg pe	minima e multiple er posto		No	-	1	/	Si	modali	tà 🥖			~	storia	
Non assegnati			letto La superficie	minima													
Senza risposta verificatore		RTI.03	consente age manovre assis sui quattro lat	voli stenziali ti		Si	-	/	/	No	- /	•	1		-	storia	
Non assegnati verifica		RTI.04	una zona filtro	D		Si	-	1	1	No	- /	•	/		▼	storia	
Applica fil	tri Pulisci	RTI.05	un locale med	lici		Si	-	1	1	No	- /	2	1		-	storia	
Assegna tutti i	selezionati	RTI.06	un locale lavo infermieri	ro		Si	-	1	1	No	- /	•	/		•	storia	
UO	💌	RTI.07	servizi igienici personale	per il		Si	-	1	1	No	- /	2	/		•	storia	
Persona	pplica	RTI.08	aree/arredi fa raggiungibili p stoccaggio di di consumo, f	cilmente per lo materiale armaci e		Si	-	/	/	No	-	,	/		-	storia	
															•	Pag 1 di 1	
Copia/Incolla N	Note/Evidenze																
Note	Evidenze																
Selezionare alm copia: Note	eno una opzione di e e/o Evidenze																
Salva Salva Espor	rta in csv																

Si apre una finestra in cui inserire il tempo necessario, poi facciamo click sul pulsante Salva:

	х
TEMPI DI ADEGUAMENTO	
3 mesi	
	1
Salva	

A questo punto in basso a sinistra della schermata, facciamo click sul pulsante Salva e torna:

×

Admin Ad

Diceondia tutti i selezionati SCHEDA REQUISITI																
Rispondi a tutti i sei	ezionati	Lista dei Deser													a an Al alta i	
🔻	Applica	Lista dei Requ	ISICI												ag 1 di .	
**L'operazione ha effetto solamente per Sede Operativa SU Ospedale poliedinco								î								
requisiti di tipo	SI/NO	Organizzativa	UO Ospedale poliedrico													
Filtra		Unità di Offerta	732-39390 prova udo RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI													
Id univoco REQ		Disciplina-	B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti													
Tasta maniaita		Ambito/ branca	// Branca letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI													
Testo requisito	Testo requisito Fattori															
Assegnazione Scheda Requisiti		Indirizzo	Edificio: 001	- Ala est	Blocco: 14	Piano: 2		Progressi	vo: 67	'8						
note		Id Univoco	Testo Requis	ito	Assegnazione	Risposta		evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
Verificatore		REQ	La cunerficie m	ninima								-		-		
Valutazione Verificatore		RTI.01	per ogni deger singola è di 16	nza mq		Si	-	1	1	No	/	/			storia	
Note Verificatore			La superficie m	ninima multinle												
Senza risposta		RTI.02	è di 12 mg per letto	posto		No	•	/	/	Si	modalità 🥒	tempi 🥖			storia	
Non assegnati			La superficie m	ninima oli							_					
verificatore		RTI.03	manovre assist	tenziali		Si	-	/	/	No	/				storia	
Non assegnati verifica		RTI.04	una zona filtro			Si	-	/	1	No	/	1	•		storia	
Applica filtri	Pulisci	RTI.05	un locale medi	ci		Si	-	1	1	No	/	/			storia	
Assegna tutti i selez	ionati	RTI.06	un locale lavor infermieri	0		Si	-	1	1	No	/	/			storia	
UO	💌	RTI.07	servizi igienici personale	per il		Si	-	1	1	No	/	/			storia	
Persona Applica		RTI.08	aree/arredi fac raggiungibili pe stoccaggio di n di consumo, fa	ilmente er lo nateriale rmaci e		Si	-	1	1	No	/	/			storia	
															ag 1 di :	
Copia/Incolla Note/	Evidenze															
Note Evid	lenze															
Selezionare almeno u	na opzione di															
copia: Note e/o f	Evidenze															
Salva Salva e ton Esporta in e	na Torna csv															

Admin Admin

Nella sezione Azioni da eseguire, facciamo click sul pulsante Prendi in carico (per prendere in carico la richiesta di integrazioni):

MENU		FASCICOLO DEL TITO	LARE OSPEDALE POLIE	DRICO				
Home		Autorizzazione	all'esercizio				Id I Fascicolo	9 di 9 🕞
Domande con azion	domanda	Data creazione	22/06/2022					
Torna alla sezione a	nagrafica	Data creazione	23/08/2022					
Logout		Numero Procedimento	9/2022					
		Data invio Domanda	23/06/2022					
Ricerca su tutti i	requisiti	Data conclusione	DICHIESTA DI INTEGRA					
Id univoco REO			Elimina Udo/Uo selezionate					
Tino requisito			Linnina Odoyoo selezionate	J				
Testo requisito		Attività e durate						
		Тіро			Stato	Data scad	enza	
UO/UDO		DOMANDA			STAND BY	21/10/2022	2	
Tipologia UDO		VALUTAZIONE CORRETT	FEZZA REGIONE		STAND BY	25/08/2022	2	
Edificio		VALUTAZIONE CORRETT	FEZZA COMUNE		STAND BY	25/07/2022	2	
Blocco		Protocollazioni effe	ttuate					
Piano		Numero	Data	Tipo		Fascicolo		
Progressivo		E49	27/06/2022	Aut. Ecor - Invio della integrazioni		150 20 120/2022/INE/92	71	
5ede Operativa		544	22/06/2022	Aut. Eser Invio delle integrazioni		150.30.130/2022/INF/8/	71	
Assemnazione		544	23/06/2022	Aut. Eser Avvio del procedimento		150.30.130/2022/INF/8/	71	
Scheda Requisiti		540	24/06/2022	Aut. Eser Richiesta di Integrazioni		150.30.130/2022/INF/8/	71	
	549 28/06/2022 Aut. Eser Richiesta di integrazioni 150					130.30.130/2022/14F/8/	/1	
noto								
note		Documenti allegati	alla domanda					
note Verificatore		Documenti allegati	alla domanda à Conia versamento l	hollo dinitale o esenzione 💿 Planimetria 🗔 Att	estazione versamento diritti di segreteri	ia 📃 Schede del manuale ru	egionale di autorizzazione	Relazio
note Verificatore Valutazione Verificatore		Documenti allegati Documento Identit sanitaria datata tecnico	alla domanda à Copia versamento l abilitato Mod. Aut. 2	bollo digitale o esenzione 📄 Planimetria 🦳 Att	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda 🦳	ia Schede del manuale ro Lettera di trasmissione	egionale di autorizzazione 🗌 Relazione conclusiva 💭 D	Relazion
note Verificatore Valutazione Verificatore Note		Documenti allegati Documento Identit sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avvio	alla domanda à Copia versamento l abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric	bollo digitale o esenzione Planimetria Att Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 C chiesta integrazioni Lettera integrazione docume	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri	ia Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva D visita verifica Verbale [Relazion ecreto Letter
note Verificatore Valutazione Verificatore Note Verificatore		Documenti allegati Documento Identit sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avvio assolvimento prescrizior	alla domanda à Copia versamento l abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric i Rapporto di Verifica	bollo digitale o esenzione Planimetria Att Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione documu a Altro	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva D visita verifica Verbale	Relazion ecreto Letter
note Verificatore Valutazione Verificatore Note Verificatore Senza risposta		Documenti allegati Documento Identiti sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avvio assolvimento prescrizior Oggetto	alla domanda à Copia versamento l abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric i Rapporto di Verifice	bollo digitale o esenzione Planimetria Att Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale Operatore Da	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva D visita verifica Verbale ta V	Relazion ecreto Letter
note Verificatore Valutazione Verificatore Note Verificatore Senza risposta Non assegnati		Documenti allegati Documento Identit sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avvio assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI	alla domanda ià Copia versamento la abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric ni Rapporto di Verifica -ESER [1.0] 12	bollo digitale o esenzione Planimetria Att Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda – entazione – Notifica costituzione gri	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale Operatore Da	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva D visita verifica Verbale ta V	Relazio ecreto Letter
note Verificatore Valutazione Verificatore Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Senza risposta		Documenti allegati Documento Identit sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da :	alla domanda à Copia versamento l abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric i Rapporto di Verifica -ESER [1.0] [2] admin	bollo digitale o esenzione Planimetria Att Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda – entazione – Notifica costituzione gri	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale Operatore Da	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva D visita verifica Verbale ta V	Relazion ecreto Letter
Note Verificatore Valutazione Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta verificatore Non assegnati		Documenti allegati Documento Identit sanitaria datat tecnico Comunicazione di Avio assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il :	alla domanda à Copia versamento i abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric Rapporto di Verifica -ESER [1.0] 12 admin 23/06/2022	bollo digitale o esenzione Planimetria Att Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda – entazione – Notifica costituzione gri	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale r Operatore Da	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva visita verifica Verbale ta V	Relazio ecreto Letter Azior
Note Verificatore Valutazione Verificatore Note Verificatore Senza risposta Non assegnati Verificatore Non assegnati verifica		Documenti allegati Documento Identit sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avio assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato :	alla domanda ià Copia versamento la abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric ni Rapporto di Verifica -ESER [1.0] 12 admin 23/06/2022 Avviato	bollo digitale o esenzione Planimetria Att Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale v Operatore Da	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva visita verifica Verbale ta V	Relazio ecreto Lette
Note Verificatore Valutazione Verificatore Note Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta verificatore Non assegnati verifica Applic		Documenti allegati Documento Identit sanitaria datat tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflov	alla domanda alla Copia versamento l abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric ni Rapporto di Verifica -ESER (1.0) 12 admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale Operatore Da	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva visita verifica Verbale ta V	Relazio
Note Verificatore Valutazione Verificatore Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta verificatore Non assegnati verifica Applic	a filtri	Documenti allegati Documento Identi sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate	alla domanda ià Copia versamento abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric ni Rapporto di Verifica -ESER [1.0] [2] admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 th chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale Operatore Da	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva visita verifica Verbale ita V	Relazio ecreto Lette
Note Verificatore Verificatore Verificatore Verificatore Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Von assegnati Verificatore Assegna tutti i s	a filti	Documenti allegati Documento Identi sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome	alla domanda à Copia versamento l abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric ni Rapporto di Verifica F-ESER [1.0] 23 admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod, Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri	a Schede del manuale rr Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale v Operatore Da	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva visita verifica Verbale tta V Tipo	Relazio
Note Verificatore Valutazione Verificatore Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Verificatore Assegnat Verificatore Assegnatutti i s	a filtri	Documenti allegati Documento Identit sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Bichiesta intenzazione d	alla domanda tàCopia versamento abilitatoMod. Aut. 2 IstruttoriaLettera ric niRapporto di Verifica F-ESER [1.0] 1² admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow a renione	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 th chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri Notifica costituzione gri Eseguito da Ancona Comune	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale v Operatore Da	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva D visita verifica Verbale tta V Tipo	Relazio
Note Verificatore Valutazione Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Verificatore Assegnat tutti i s U0 Persona	a filtri	Documenti allegati Documenti allegati Documento Identit sanitaria data tecnico Comunicazione di Avvio assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione d Doctocalizione aceouity	alla domanda tàCopia versamento abilitatoMod. Aut. 2 IstruttoriaLettera ric niRapporto di Verifica F-ESER [1.0] 1² admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow a regione	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 th chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File File	Eseguito da Ancona Comune Advino Advino 2di	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale v Operatore Da Eseguito il 28/06/2022 alle	egionale di autorizzazione P Relazione conclusiva D visita verifica Verbale P tta V Tipo	Relazio ecreto Lette
Note Verificatore Valutazione Verificatore Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Verificatore Assegna tutti i s U0 Persona		Documenti allegati Documenti allegati Documento Identit sanitaria data tecnico Comunicazione di Avvio assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione di Protocollazione eseguita	alla domanda alla domanda compare entre comp	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 th chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File File	Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di	a Schede del manuale r Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale 1 Operatore Da Eseguito il 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Di visita verifica Verbale ita V Tipo ta Stato e 10:06 Completato e 09:52 Completato	Relazio
Note Verificatore Valutazione Verificatore Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Verificatore Assegnat tutti i s U0 Persona Assegnat		Documenti allegati Documenti allegati Documento Identit sanitaria data tecnico Comunicazione di Avvio assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione di Protocollazione eseguita Valutazione Completezez	alla domanda alla domanda compare entry comp	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA	a Schede del manuale n Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale 1 Operatore Da Eseguito il 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Di visita verifica Verbale ita V Tipo ta Verbale ita Completato 2 10:06 Completato 2 09:52 Completato 2 09:57 Completato	Relazion
Note Verificatore Valutazione Verificatore Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Verificatore Assegna tutti i s U0 Persona Asse	a filti	Documenti allegati Documento Identit sanitaria datat tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Protocollazione eseguita	alla domanda alla domanda compare extramento abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Lettera ric admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow a regione compare extramento accorrettezza Regione	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gn Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA Admin Admin 3di	a Schede del manuale n Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale s Operatore Da Eseguito il 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Di visita verifica Verbale ita Verbale ita Verbale ita Completato 209:52 Completato 209:52 Completato 209:52 Completato	Relazio
Note Verificatore Valutazione Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Verificatore Assegna tutti i s U0 Persona Copia/Incolla At	elezionati	Documenti allegati Documento Identit sanitaria datat tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione da Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Protocollazione completezzz Valutazione Completezz Valuta	alla domanda alla domanda compare extramento abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Cettera ric admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow a regione b A/Correttezza Regione b A/Correttezza Comune	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri Notifica costituzione gri Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA Admin Admin 3di Ancona Comune	a Schede del manuale n Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale s Operatore Da Eseguito il 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Di visita verifica Verbale () ta Verba	Relazio
Note Verificatore Valutazione Verificatore Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Verificatore Assegnat tutti i s U0 Persona Copia/Incolla At Copia/Incolla At Copia/Incolla At	i a filti a filti a filti constitution c	Documenti allegati Documento Identit sanitaria datat tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione dativazione completezzz Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Richiesta Integrazioni	alla domanda alla domanda compare extramento abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Rapporto di Verifica admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow a regione a/Correttezza Regione a/Correttezza Comune	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File File File File File File File File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri Notifica costituzione gri Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA Admin Admin 3di Ancona Comune Admin Admin	a Schede del manuale n Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale i Operatore Da Eseguito il 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Di visita verifica Verbale di autorizzazione di concentra di	Relazio
Note Verificatore Valutazione Verificatore Verificatore Senza risposta Non assegnati Senza risposta Verificatore Assegna tutti i s U0 Persona Copia/Incolla At Copiar una CO dall'elenco tramte	i a filtri	Documenti allegati Documento Identit sanitaria datat tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione deguita Valutazione Completezzz Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Richiesta Integrazioni Richiesta integrazione d	alla domanda alla domanda compare versamento abilitato Mod. Aut. 2 Istruttoria Rapporto di Verifica admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow a regione a/Correttezza Regione a/Correttezza Comune a regione	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazione Notifica costituzione gri Notifica costituzione gri Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA Admin Admin 3di Ancona Comune Admin Admin Ancona Comune	a Schede del manuale n Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale : Operatore Da Seguito I 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Di visita verifica Verbale di autorizzazione di la concentra d	Relazio
Note Verificatore Verificatore Verificatore Note Verificatore Senza risposta Non assegnati verificatore Assegna tutti i s U0 Persona Copia/Incolla A Copiare una CO dall'elenco tramite	a filti a filti constitution	Documenti allegati Documento Identit sanitaria datat tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione d Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Richiesta Integrazioni Richiesta integrazione d Protocollazione eseguita	alla domanda alla domanda compare entry comp	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docum a Altro File File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda Intazione Notifica costituzione gri Notifica costituzione gri Eseguito da Ancona Comune Admin Admin 3di OTA OTA Admin Admin 3di Ancona Comune Admin Admin Ancona Comune Admin Admin Ancona Comune Admin Admin 3di	a Schede del manuale ra Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale v Operatore Da Eseguito il 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Di visita verifica Verbale di autorizzazione di la conclusiva di la conclusiv	Relazio
Note Verificatore Verificatore Verificatore Note Verificatore Senza risposta Non assegnati verificatore Assegna tutti i s UO Persona Copia/Incolla Au Copia/Inc	elezionati ggna tocertificazione (UDO/US/T/ED l'apposito pulsante # zzione in pdf	Documenti allegati Documento Identit sanitaria datat tecnico Comunicazione di Avito assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione d Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Richiesta Integrazioni Richiesta integrazione d Protocollazione eseguita Valutazione completezzz Richiesta integrazione d Richiesta Rich	alla domanda alla domanda compared a compared by abilitato abilitato abilitato abilitato abilitato abilitato abilitato admin addition addi	bollo digitale o esenzione Planimetria Att t Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 t Hesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazioneNotifica costituzione gri 	a Schede del manuale rr Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale v Operatore Da Eseguito II 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 27/06/2022 alle 24/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Di visita verifica Verbale ita Ver	Relazio
Note Verificatore Verificatore Verificatore Note Verificatore Senza risposta Non assegnati verifica Assegna tutti i s Jo Copia/Incolla Au Copiae una CO dall'elenco tramie Esporta sela Esporta sela Esporta a do	elezionati sgna tuccertificazione /UDO/U0/ST/ED Papeosito pulsante szione in pdf manda in pdf	Documenti allegati Documenti allegati Documento Identi sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avio assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione de Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Richiesta Integrazioni Richiesta integrazione di Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Richiesta Integrazioni Richiesta integrazione di Protocollazione eseguita Valutazione completezzz Richiesta Integrazioni Richiesta integrazione di Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Richiesta Integrazione di	alla domanda tàCopia versamento abilitatoMod. Aut. 2 IstruttoriaLettera ri niRapporto di Verifici r-ESER [1.0] 12 admin 23/06/2022 Avviato Mostra workflow a regione a/Correttezza Regione a regione	bollo digitale o esenzione Planimetria Att : Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazioneNotifica costituzione gri 	a Schede del manuale n Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale n Operatore Da Seguito II 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 27/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Divisita verifica Verbale ta Verbale ta Verbale ta Verbale ta Verbale ta Verbale ta Verbale ta Verbale ta Verbale ta Verbale ta Verbale ta Verbale verbale ta Verbale ta Verbale	Azior
Note Verificatore Verificatore Verificatore Note Verificatore Senza risposta Non assegnati Verifica Assegna tutti i s UO Persona Copia/Incolla Au Copiar una CO dall'elenco tramite Esporta la do Esporta la do Esporta la	a filtri clezionati cy spna toccrtificazione UDO/UO/ST/ED Paposito pulsante czione in pdf manda in pdf tdo in csv	Documenti allegati Documenti allegati Documento Identi sanitaria datata tecnico Comunicazione di Avio assolvimento prescrizior Oggetto PROCEDIMENTO: AUI Iniziato da : Iniziato il : Stato : Mostra dati workflow Azioni completate Nome Richiesta integrazione de Protocollazione eseguita Valutazione Completezzz Richiesta Integrazioni Richiesta integrazione de Protocollazione eseguita Valutazione completezzz Richiesta Integrazione Richiesta integrazione de Protocollazione eseguita Valutazione completezzz Richiesta Integrazione Richiesta integrazione de Protocollazione eseguita Valutazione completezzz Richiesta Integrazione Richiesta Richiesta integrazione Richiesta integrazione Richiesta Ri	alla domanda tàCorettezza Regione a regione a regione correttezza Regione	bollo digitale o esenzione Planimetria Att : Mod, Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 chiesta integrazioni Lettera integrazione docume a Altro File	estazione versamento diritti di segreteri Lettera di trasmissione domanda entazioneNotifica costituzione gri 	a Schede del manuale n Lettera di trasmissione uppo valutatori Verbale si Operatore Da Seguito II 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 28/06/2022 alle 27/06/2022 alle	egionale di autorizzazione Relazione conclusiva Di visita verifica Verbale ita Tipo ta Stato 2 10:06 Completato 2 09:52 Completato 2 10:56 Completato 2 10:52 Completato 2 10:52 Completato	Relazion

e poi su Esegui:

Richiesta Integrazioni

Admin Admin

Prendi in carico ┥

Pronto

MENU		FASCICOLO DEL TITO	ARE OSPEDALE POLIEDRIC	D				
·Home ·Domande con azio	ni da eseguire	🥖 Autorizzazione	all'esercizio					Fascicolo 9 di 9 🕨 🕅
Inserimento nuova	a domanda	Data creazione	23/06/2022					
Torna alla sezione	anagrafica	Numero Procedimento	9/2022					
Logout								
Ricerca su tutti	i requisiti							
Id univoco REQ		Aggiungi Udo/Uo E	limina Udo/Uo selezionate					
Tipo requisito								
Testo requisito		Attivita e durate			·			
Denominazione		Тіро				Stato	Data scadenza	
UO/UDO		DOMANDA				STAND BY	21/10/2022	
Tipologia UDO		VALUTAZIONE CORRETT	EZZA REGIONE			STAND BY	25/08/2022	
Edificio		VALUTAZIONE CORRETT	EZZA COMUNE		1	STAND BY	25/07/2022	
Blocco		Protocollazioni effet	tuate					
Piano		Numero	Data	Тіро		Fas	cicolo	
Progressivo		548	27/06/2022	Aut. Eser Invio delle integrazioni		150	.30.130/2022/INF/871	
Sede Operativa		544	23/06/2022	Aut. Eser Avvio del procedimento		150	.30.130/2022/INF/871	
Assegnazione		546	24/06/2022	Aut. Eser Richiesta di integrazioni		150	.30.130/2022/INF/871	
Scheda Requisiti		549	28/06/2022	Aut. Eser Richiesta di integrazioni		150	.30.130/2022/INF/871	
note			1					
Verificatore		Documenti allegati a	illa domanda					
Valutazione		Documento Identità	Copia versamento bollo (digitale o esenzione Planimetria Attestazio	one versamento o era di trasmission	diritti di segreteria 📃 S e domanda 🔲 Lettera (chede del manuale regionale o	di autorizzazione 📃 Relazione tecnici e conclusiva 💭 Decreto
Verificatore		Comunicazione di Avvio	Istruttoria Lettera richiesta	a integrazioni Lettera integrazione documentazio	one Notific	a costituzione gruppo valu	tatori 📃 Verbale visita veri	fica Verbale Lettera di
Verificatore		assolvimento prescrizioni	i Rapporto di Verifica	Altro				
Senza risposta		Oggetto		File		Operato	re Data ∨	Tipo Azioni
Non assegnati		PROCEDIMENTO: AUT	-ESER [1.0] 1					
Senza risposta verificatore		Iniziato da :	admin					
Non assegnati		Iniziato il :	23/06/2022					
verifica		Stato :	Avviato					
Appli	ica filtri	Mostra dati workflow	Mostra workflow					
Assegna tutti i s	selezionati	Azioni completate						
110		Nome			Eseguito da	3	Eseguito il	Stato
00		Richiesta integrazione da	regione		Ancona Com	une	28/06/2022 alle 10:06	Completato
Persona	·····	Protocollazione eseguita			Admin Admin	n 3di	28/06/2022 alle 09:52	Completato
Ass	segna	Valutazione Completezza	/Correttezza Regione		ΟΤΑ ΟΤΑ		28/06/2022 alle 09:47	Completato
		Protocollazione eseguita			Admin Admin	n 3di	27/06/2022 alle 16:24	Completato
Copia/Incolla A	a/Incolla Autocertificazione Valutazione Completezza/Correttezza Comune					une	27/06/2022 alle 15:34	Completato
Copiare una CC	Copiare una CO/UDO/UO/ST/ED Richiesta Integrazioni				Admin Admin	ı	27/06/2022 alle 10:56	Completato
dall'elenco tramite	e l'apposito pulsante	Richiesta integrazione da	regione		Ancona Com	une	27/06/2022 alle 10:05	Completato
		Protocollazione eseguita			Admin Admin	n 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Esporta sel	lezione in pdf	Valutazione Completezza	/Correttezza Regione		OTA OTA		24/06/2022 alle 15:24	Completato
Esporta la d	lomanda in pdf					- 1		
Esporta	Udo in csv	Azioni da eseguire						
Invia notifica as	ssegnatari requisiti	Nome					Stato	Azioni
		Richiesta Integrazioni					Pronto	Rilascia Esegui

Admin Admin

Viene aperta la pagina Esecuzione Attività che ci consente di rimandare la domanda al comune, e clicchiamo sul pulsante Invia domanda:

	X
ESECUZIONE ATTIVITÀ	
	nvio integrazioni richieste
Dopo aver completato le modifiche richieste reinviare la domar	ıda
Note Obbligatorio	
Nota	
Oggetto documento 1	Documento 1 Scegli file Nessun file selezionato
Oggetto documento 2	Documento 2 Scegli file Nessun file selezionato
	Bonitasoft © 2015