

(Allegato 1)

## ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

(modello per i soggetti di cui all'art. 4, co. 2 L.R. n. 4/2003)

**Istanza di autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'art. 5, co. 1-bis, L.R. n. 4/2003**

---

Regione Lazio

Direzione Regionale Programmazione Sanitaria

Area Qualità e Requisiti Autorizzativi e di Accreditamento

Via R.R. Garibaldi, 7

00145 Roma

---

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a .....(.....) il.....

residente a .....(.....) in ..... n. .

domiciliato/a in .....(.....) in .....n.

***da compilare se persona fisica o associazione professionale (studio associato)***

in qualità di titolare della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03

denominata.....

con sede operativa in.....(.....),

indirizzo.....

***da compilare se persona giuridica (se attività di assistenza domiciliare)***

in qualità di legale rappresentante

di.....

con sede legale in.....(.....),

indirizzo.....

soggetto gestore della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03

denominata.....

con sede operativa in.....(.....),

indirizzo.....

#### CHIEDE

il rilascio della autorizzazione all'esercizio per le seguenti attività:

.....  
.....

#### ALLEGA

in triplice copia (eliminare eventuali parti non di competenza):

1. planimetria generale in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato, dalla quale risultano: l'intestazione, le destinazioni d'uso di ciascun locale, le relative altezze, la sezione, le superfici di ciascun locale e il rapporto con le superfici fenestrate (o in alternativa l'idoneo sistema di ricambio d'aria ivi presente), l'eliminazione delle principali barriere architettoniche (bagno *handicap*, accesso all'immobile);
2. autocertificazione ai sensi dell'art. 5, co. 1-bis, L.R. 4/2003 (vedi modello **Allegato 2**);
3. apposita documentazione attestante il possesso e/o detenzione dell'immobile;
4. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività che si intendono erogare a firma del medico o del rappresentante legale dell'associazione professionale (o del direttore del servizio, nel caso dell'attività di assistenza domiciliare);
5. relazione tecnica di conformità degli impianti ed in particolare: certificato impianto elettrico *ex* D.M. 22.01.2008 o *ex* L. n. 46/90; relazione e schema impianti ricambio d'aria e/o climatizzazione ove necessari (o comunque presenti); verifica messa a terra ai sensi del d.p.r. n. 462/2001;
6. atto costitutivo dell'eventuale associazione professionale;
7. elenco degli arredi, delle attrezzature, delle apparecchiature e degli impianti di distribuzione dei gas medicali, sottoscritto dal medico o dal rappresentante legale dell'associazione professionale (o del rappresentante legale del soggetto che intende svolgere attività di assistenza domiciliare); per le apparecchiature è riportata la casa costruttrice, il modello e il numero di matricola ed allegato il certificato di conformità;

8. i certificati catastali (A/10; C/1; altra destinazione speciale);
9. il certificato di agibilità/abitabilità dei locali rilasciato per l'intero fabbricato nel quale insiste l'immobile o, in alternativa, per gli immobili costruiti in data anteriore al 1934, asseverazione (vedi modello **Allegato 3**).
10. il piano di sicurezza composto dal documento di valutazione dei rischi e dal piano di emergenza e di evacuazione, con relativa planimetria (a firma del tecnico abilitato di cui al punto a);
11. la dotazione organica del personale in servizio, con indicazione dei nominativi e della qualifica professionale di tutti i soggetti a qualsiasi titolo operanti presso lo studio medico (o presso il servizio di assistenza domiciliare) compresi, nel caso di associazione professionale, i singoli componenti l'associazione medesima; nel caso di assenza di personale, il soggetto dovrà produrre idonea autocertificazione al riguardo;
12. autocertificazione dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità;
13. il regolamento interno, anche in assenza di personale;
14. il certificato antimafia del rappresentante legale e degli altri componenti dell'eventuale associazione professionale ovvero del rappresentante legale del soggetto che intende svolgere attività di assistenza domiciliare;
15. autocertificazione a firma del medico ovvero del legale rappresentante dell'associazione professionale del rispetto della normativa in tema di *privacy*;
16. n. 1 marca da bollo da € 14,62 da apporre sull'autorizzazione confermativa che verrà rilasciata a seguito della successiva istruttoria con esito positivo svolta da parte dell'Azienda USL competente;
17. dichiarazione di conformità delle fotocopie agli originali in possesso del richiedente (vedi Modello **Allegato 5**).

-----  
(luogo, data)

Il dichiarante

.....

(Allegato 2)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

(modello per i soggetti di cui all'art. 4. co 2 L.R. n. 4/2003)

**Dichiarazione ex art. 5, comma 1-bis, L.R. n.4/03**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a .....(.....) il.....  
residente a .....(.....) in .....n. ....  
domiciliato/a in .....(.....) in .....n.....

***da compilare se persona fisica o associazione professionale (studio associato)***

in qualità di titolare della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03  
denominata.....  
con sede operativa in.....(.....),  
indirizzo.....

***da compilare se persona giuridica (se attività di assistenza domiciliare)***

in qualità di legale rappresentante  
di.....  
con sede legale in.....(.....),  
indirizzo.....

soggetto gestore della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03  
denominata.....  
con sede operativa in.....(.....),  
indirizzo.....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

*ai sensi dell'art5, comma 1bis, della L.R. n.4/03 e succ.ve mod.ni e int.ni*

ai fini dell'autorizzazione all'esercizio richiesta,

- che la struttura indicata in premessa risulta in possesso dei requisiti minimi di cui all'art. 5, comma 1, lett. a), della L.R. n.4/03.

-----  
(luogo, data)

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata alla Regione Lazio unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(Allegato 3)

## ASSEVERAZIONE

*(modello per i soggetti di cui all'art. 4, co. 2, L.R. n. 4/2003 con attività ubicata in immobili costruiti prima del 1934 privi di certificato di agibilità)*

---

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a .....(.....) il.....  
residente a .....(.....) in ..... n. .  
iscritto all'Ordine/Collegio ..... di  
..... al n° .....

### ASSEVERA

che l'immobile sito in ....., identificato al  
N.C.E.U. al foglio ..... particella ..... sub .....  
edificato anteriormente all'anno 1934 (indicare eventualmente la data ove disponibile)  
non ha subito trasformazioni edilizie rispetto al progetto originario.

-----  
(luogo, data)

Il dichiarante

.....

(Allegato 4)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

*(modello per studi medici da non autorizzare ai sensi della DGR n.73/08)*

**Dichiarazione di non effettuazione di attività rientranti nell'art. 4, co. 2 L.R. n. 4/2003**

---

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a .....(.....) il.....

residente a .....(.....) in ..... n. .

domiciliato/a in .....(.....) in .....n.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

- che lo studio non risulta riconducibile nel novero delle strutture autorizzabili all'esercizio ai sensi della DGR n.73/08, pubblicata sul BURL, parte prima – parte seconda, n.10 del 14 marzo 2008.

-----  
(luogo, data)

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata alla Regione Lazio unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(Allegato 5)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

*(modello per i soggetti di cui all'art. 4, co. 2 L.R. n. 4/2003 e per i soggetti tenuti a semplice comunicazione)*

**Dichiarazione di conformità delle fotocopie agli originali in possesso del richiedente**

---

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a .....(.....) il.....  
residente a .....(.....) in ..... n. .  
domiciliato/a in .....(.....) in .....n.

<b><i>da compilare se persona fisica o associazione professionale (studio associato)</i></b>
in qualità di titolare della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03 denominata..... con sede operativa in.....(.....), indirizzo.....

<b><i>da compilare se persona giuridica (se attività di assistenza domiciliare)</i></b>
in qualità di legale rappresentante di <sup>1</sup> ..... con sede legale in.....(.....), indirizzo.....
soggetto gestore della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03 denominata..... con sede operativa in.....(.....), indirizzo.....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

### **DICHIARA**

ai fini dell'autorizzazione all'esercizio richiesta,

- che i documenti allegati in fotocopia alla domanda di autorizzazione corrispondono agli originali in possesso del dichiarante.

-----  
(luogo, data)

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata alla Regione Lazio unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(Allegato 6)

## COMUNICAZIONE

(modello per i soggetti di cui all'art. 4, co. 2 L.R. n. 4/2003)

### Dichiarazione di avvio dell'attività

---

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a .....(.....) il.....  
residente a .....(.....) in ..... n. .  
domiciliato/a in .....(.....) in .....n.

***da compilare se persona giuridica (se attività di assistenza domiciliare)***

in qualità di legale rappresentante

di.....

con sede legale in.....(.....),

indirizzo.....

soggetto gestore della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03

denominata.....

con sede operativa in.....(.....),

indirizzo.....

***da compilare se persona fisica o associazione professionale (studio associato)***

in qualità di titolare della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03

denominata.....

con sede operativa in.....(.....),

indirizzo.....

Premesso:

- di avere trasmesso istanza di autorizzazione ai sensi dell'art. 5, co. 1-*bis*, L.R. n. 4/2003 unitamente alla autocertificazione del possesso dei requisiti e alla documentazione di cui all'art. 8, co. 2 l.R. n. 4/2003, in data ..... a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, ricevuta da parte della Regione in data .....
- che sono decorsi 45 giorni dalla di ricezione di tale istanza da parte della Regione;

**DICHIARA**

- che in data ..... inizierà la propria attività;
- di essere consapevole che, laddove ne ricorrano i presupposti, la Regione ovvero il Comune per quanto di rispettiva competenza potranno sospendere l'esercizio dell'attività o imporne la definitiva cessazione in applicazione degli artt. 9, 10, 11 e 12 del R.R. n. 2/2007 e dell'art. 12 L.R. n. 4/2003.

-----  
(luogo, data)

Il dichiarante

.....

(Allegato 7)

## ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

(modello per i soggetti di cui all'art. 4, co. 2 L.R. n. 4/2003 non operanti alla data dell'11.02.2007 che abbiano già presentato istanza di autorizzazione all'esercizio in data anteriore alla entrata in vigore del Regolamento regionale n. 10/2009)

**Trasmissione di documentazione integrativa dell'istanza di autorizzazione all'esercizio presentata ai sensi dell'art. 5, co. 1-bis, L.R. n. 4/2003**

---

Regione Lazio

Direzione Regionale Programmazione Sanitaria

Area Qualità e Requisiti Autorizzativi e di Accreditamento

Via R.R. Garibaldi, 7

00145 Roma

---

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a .....(.....) il.....  
residente a .....(.....) in ..... n. .  
domiciliato/a in .....(.....) in .....n.

***da compilare se persona fisica o associazione professionale (studio associato)***

in qualità di titolare della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03  
denominata.....  
con sede operativa in.....(.....),  
indirizzo.....

***da compilare se persona giuridica (se attività di assistenza domiciliare)***

in qualità di legale rappresentante

di.....

con sede legale in.....(.....),

indirizzo.....

soggetto gestore della struttura di cui all'art.4, comma 2, della L.R. n.4/03

denominata.....

con sede operativa in.....(.....),

indirizzo.....

#### PREMESSO

- di avere presentato, successivamente all'11.02.2007, istanza di autorizzazione all'esercizio presso la Regione Lazio relativamente alla seguente attività:  
.....
- che alla data odierna non risulta rilasciata la suddetta autorizzazione;

#### ALLEGA

##### in triplice copia

- fotocopia istanza di autorizzazione già presentata e ricevuta di presentazione;
- autocertificazione ai sensi dell'art. 5, co. 1-bis, L.R. 4/2003 (vedi modello **Allegato 2**);
- la seguente documentazione integrativa (barrare la casella di interesse):

planimetria generale in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato, dalla quale risultano: l'intestazione, le destinazioni d'uso di ciascun locale, le relative altezze, la sezione, le superfici di ciascun locale e il rapporto con le superfici fenestrate (o in alternativa l'idoneo sistema di ricambio d'aria ivi presente), l'eliminazione delle principali barriere architettoniche (bagno *handicap*, accesso all'immobile);  
apposita documentazione attestante il possesso e/o detenzione dell'immobile;

relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività che si intendono erogare a firma del medico o del rappresentante legale dell'associazione professionale (o del direttore del servizio, nel caso dell'attività di assistenza domiciliare);

relazione tecnica di conformità degli impianti ed in particolare: certificato impianto elettrico *ex* D.M. 22.01.2008 o *ex* L. n. 46/90; relazione e schema impianti ricambio d'aria e/o climatizzazione ove necessari (o comunque presenti); verifica messa a terra ai sensi del d.p.r. n. 462/2001;

atto costitutivo dell'eventuale associazione professionale;

elenco degli arredi, delle attrezzature, delle apparecchiature e degli impianti di distribuzione dei gas medicali, sottoscritto dal medico o dal rappresentante legale dell'associazione professionale (o del rappresentante legale del soggetto che intende svolgere attività di assistenza domiciliare); per le apparecchiature è riportata la casa costruttrice, il modello e il numero di matricola ed allegato il certificato di conformità;

i certificati catastali (A/10; C/1; altra destinazione compatibile);

il certificato di agibilità/abitabilità dei locali rilasciato per l'intero fabbricato nel quale insiste l'immobile o, in alternativa, per gli immobili costruiti in data anteriore al 1934, asseverazione (vedi modello **Allegato 3**).

il piano di sicurezza composto dal documento di valutazione dei rischi e del piano di emergenza e di evacuazione, con relativa planimetria (a firma del tecnico abilitato di cui al punto a);

la dotazione organica del personale in servizio, con indicazione dei nominativi e della qualifica professionale di tutti i soggetti a qualsiasi titolo operanti presso lo studio medico (o presso il servizio di assistenza domiciliare) compresi, nel caso di associazione professionale, i singoli componenti l'associazione medesima; nel caso di assenza di personale, il soggetto dovrà produrre idonea autocertificazione al riguardo;

autocertificazione dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità;

il regolamento interno, anche in assenza di personale;

il certificato antimafia del rappresentante legale e degli altri componenti dell'eventuale associazione professionale ovvero del rappresentante legale del soggetto che intende svolgere attività di assistenza domiciliare;

autocertificazione a firma del medico ovvero del legale rappresentante dell'associazione professionale del rispetto della normativa in tema di *privacy*;

n. 1 marca da bollo da € 14,62 da apporre sull'autorizzazione confermativa che verrà rilasciata a seguito della successiva istruttoria con esito positivo svolta da parte dell'Azienda USL competente.

dichiarazione di conformità delle fotocopie agli originali in possesso del richiedente (vedi Modello **Allegato 5**)

-----  
(luogo, data)

Il dichiarante

.....

(Allegato 8)

## COMUNICAZIONE

(modello per i soggetti esclusi da autorizzazione all'esercizio)

### Comunicazione di inizio attività

(da trasmettere alla ASL in cui è ubicata lo studio professionale)

---

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a .....(.....) il.....

residente a .....(.....) in ..... n. .

domiciliato/a in .....(.....) in .....n.

### COMUNICA

che in data ..... inizierà la propria attività di ..... nel  
proprio studio professionale sito in ..... (.....), Via .....

### ALLEGA

in triplice copia

1. copia del titolo abilitante;
2. planimetria generale in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato, dalla quale risultano: l'intestazione, le destinazioni d'uso di ciascun locale, le relative altezze, la sezione, le superfici di ciascun locale e il rapporto con le superfici fenestrate (o in alternativa l'idoneo sistema di ricambio d'aria ivi presente);
3. copia del titolo di disponibilità dei locali;
4. dichiarazione circa l'ottemperanza alle norme di igiene e sicurezza, con allegato il certificato di conformità dell'impianto elettrico ex D.M. 22.01.2008 o ex L. n. 46/90 e, ove richiesta dalla legge, la verifica di messa a terra ai sensi del d.p.r. n. 462/2001 (\*);
5. dichiarazione di eliminazione delle barriere architettoniche (\*);
6. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività che si intendono erogare, unitamente ad autocertificazione che lo studio non risulta riconducibile nel novero delle strutture autorizzabili all'esercizio ai sensi della DGR n.73/08, pubblicata sul BURL, parte prima – parte seconda, n.10 del 14 marzo 2008 (vedi modello **Allegato 4**) (\*);
7. atto costitutivo dell'eventuale associazione professionale;
8. elenco delle apparecchiature (\*);

9. contratto di smaltimento rifiuti speciali a nome del soggetto che effettua la comunicazione;
10. elenco degli altri soggetti eventualmente operanti all'interno dello studio medico con copia delle comunicazioni da esse effettuate (\*);
11. orario di esercizio dell'attività (\*);
12. dichiarazione di conformità delle fotocopie agli originali in possesso del richiedente (vedi Modello **Allegato 5**) (\*)

(\*) a firma del medico o del rappresentante legale dell'associazione professionale

### **DICHIARA**

di essere consapevole che, laddove ne ricorrano i presupposti, il Comune potrà irrogare le sanzioni amministrative e di chiusura della struttura di cui all'art. 12, commi 1 e 2 della L.R. n. 4/2003.

-----  
(luogo, data)

Il dichiarante

.....

**ALLEGATO 9. TAVOLA SINOTTICA**

<b>CODICE</b>	<b>TIPOLOGIA</b>	<b>ADEMPIMENTI</b>	<b>VERIFICHE</b>	<b>EFFETTI</b>
<b>A</b>	Studi medici e di altre professioni sanitarie, NON attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente (per la definizione, cfr. DGR n. 73/2008)	Comunicazione all'Azienda USL territorialmente competente ai sensi della Circolare n. 7630 del 21 ottobre 1998 (richiamata dalla DGR n. 73/2008). Cfr. punto 7 della Circolare.	<p><b><u>ASL</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la regolarità della documentazione trasmessa;</li> <li>- che non vengano effettuate le prestazioni di cui alla DGR n. 73/2008 (altrimenti, tipologia "B");</li> <li>- che non si tratti di una struttura di cui all'art. 4, co. 1, L.R. n. 4/2003 (altrimenti, tipologia "E")</li> <li>- dovuti controlli in materia di igiene, sanità e sicurezza dei locali</li> </ul>	<p>Possibilità di iniziare immediatamente l'attività, fermo restando il potere della ASL di invitare all'immediata sospensione dell'attività, verificandosene i presupposti</p> <p>Nel caso di riscontro di tipologia "B" o "E" ad attività iniziata, applicazione delle sanzioni di cui all'art. 12, L.R. n. 4/2003 da parte del Comune</p>
<b>B</b>	Studi medici ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente (art. 4, comma 2, L.R. n. 4/2003)	Istanza di autorizzazione alla Regione con autocertificazione ai sensi dell'art. 5, co. 1-bis, L.R. n. 4/2003 e documentazione di cui all'art. 8, co. 2 R.R. n. 2/2007	<p><b><u>REGIONE</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la regolarità della documentazione trasmessa;</li> <li>- che non si tratti di una struttura di cui all'art. 4, co. 1, L.R. n. 4/2003;</li> </ul> <p><b><u>ASL</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la conformità della struttura ai requisiti minimi</li> </ul>	<p>Possibilità di iniziare l'attività dopo 45 gg dalla ricezione della documentazione da parte della Regione e previa comunicazione, fermo restando il potere della Regione di disporre l'immediata sospensione dell'attività, verificandosene i presupposti, ovvero di ordinare la cessazione dell'attività</p> <p>Nel caso di riscontro di tipologia "E" ad attività iniziata, applicazione delle sanzioni di cui all'art. 12, L.R. n. 4/2003 da parte del Comune</p>
<b>C</b>	Studi odontoiatrici	Come punto B	Come punto B	Possibilità di iniziare l'attività dopo 45 gg dalla ricezione della documentazione da

				<p>parte della Regione e previa comunicazione, fermo restando il potere della Regione di disporre l'immediata sospensione dell'attività, verificandosene i presupposti, ovvero di ordinare la cessazione dell'attività</p> <p>Nel caso di riscontro di tipologia "D" ad attività iniziata, applicazione delle sanzioni di cui all'art. 12, L.R. n. 4/2003 da parte del Comune</p>
<b>D</b>	Ambulatori odontoiatrici	Autorizzazione alla realizzazione al Comune ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 4/2003	<b>REGIONE</b> - la compatibilità con il fabbisogno;	Possibilità di iniziare l'attività solo a seguito del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio (salve le modifiche di carattere logistico-distributivo)
		Successiva autorizzazione all'esercizio alla Regione secondo le ordinarie procedure	<b>REGIONE</b> - la regolarità della documentazione trasmessa;  <b>ASL</b> - la conformità della struttura ai requisiti minimi.	
<b>E</b>	Strutture di cui all'art. 4, co. 1, L.R. n. 4/2003	Autorizzazione alla realizzazione al Comune ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 4/2003	<b>REGIONE</b> - la compatibilità con il fabbisogno;	Possibilità di iniziare l'attività solo a seguito del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio (salvo per le modifiche di carattere logistico-distributivo)

		Successiva autorizzazione all'esercizio alla Regione secondo le ordinarie procedure	<p><b><u>REGIONE</u></b> - la regolarità della documentazione trasmessa;</p> <p><b><u>ASL</u></b> - la conformità della struttura ai requisiti minimi</p>	
--	--	---	---	--