



**ALLEGATO B alla Dgr n. 502 del 19 aprile 2011**

SCHEDA N. 1 - RILEVAZIONE SULLO STATO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO AI SENSI DELLA LEGGE 22/2002 DEI CENTRI DI SERVIZIO PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI - IN ATTIVITA' ALLA DATA DEL 31/01/2011:

ANAGRAFICA DELLA STRUTTURA:

- Azienda ULSS
- Comune
- Denominazione del Centro di Servizi
- Denominazione della proprietà del Centro di Servizi
- Natura giuridica della proprietà del Centro di Servizi
- Denominazione del gestore del Centro di Servizi
- Natura giuridica del gestore del Centro di Servizi
- Capacità ricettiva totale del Centro di Servizi

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO:

- Data della richiesta
- Data del verbale di verifica dei requisiti
- Prescrizioni (Sì/No)
- N° posti autosufficienti
- N° posti non autosufficienti 1° livello
- N° posti non autosufficienti 2° livello
- N° posti Centro Diurno
- N° posti Stati Vegetativi Permanenti (S.V.P.)
- N° posti Sezione di Alta Protezione Alzheimer (S.A.P.A.)
- N° posti Hospice
- N° posti Altro (precisare)

RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO:

- Data del rilascio
- Prescrizioni (Sì/No)
- N° posti autosufficienti
- N° posti non autosufficienti 1° livello
- N° posti non autosufficienti 2° livello
- N° posti Centro Diurno
- N° posti Stati Vegetativi Permanenti (S.V.P.)
- N° posti Sezione di Alta Protezione Alzheimer (S.A.P.A.)
- N° posti Hospice
- N° posti Altro (precisare)

SCHEDA N. 2 - RILEVAZIONE SULLO STATO DI ACCREDITAMENTO AI SENSI DELLA LEGGE 22/2002 DEI CENTRI DI SERVIZIO PER PERSONE ANZIANE NON AUTODUFFICIENTI - IN ATTIVITA' ALLA DATA DEL 31/01/2011

**ANAGRAFICA DELLA STRUTTURA:**

- Azienda ULSS
- Comune
- Denominazione del Centro di Servizi
- Denominazione della proprietà del Centro di Servizi
- Natura giuridica della proprietà del Centro di Servizi
- Denominazione del gestore del Centro di Servizi
- Natura giuridica del gestore del Centro di Servizi
- Capacità ricettiva totale del Centro di Servizi

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO:**

- Data della richiesta
- Data del verbale di verifica dei requisiti
- N° posti autosufficienti
- N° posti non autosufficienti 1° livello
- N° posti non autosufficienti 2° livello
- N° posti Centro Diurno
- N° posti Stati Vegetativi Permanenti (S.V.P.)
- N° posti Sezione di Alta Protezione Alzheimer (S.A.P.A.)
- N° posti Hospice
- N° posti Altro (precisare)

**RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO:**

- Data del rilascio
- N° posti autosufficienti
- N° posti non autosufficienti 1° livello
- N° posti non autosufficienti 2° livello
- N° posti Centro Diurno
- N° posti Stati Vegetativi Permanenti (S.V.P.)
- N° posti Sezione di Alta Protezione Alzheimer (S.A.P.A.)
- N° posti Hospice
- N° posti Altro (precisare)

**SCHEDA N. 3 - RILEVAZIONE SULLO STATO DELL'AUTORIZZAZIONE ALLA COSTRUZIONE / AMPLIAMENTO / TRASFERIMENTO AI SENSI DELLA LEGGE 22/2002 DEI CENTRI DI SERVIZIO PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI - NON ATTIVI ALLA DATA DEL 31/01/2011****ANAGRAFICA DELLA STRUTTURA:**

- Azienda ULSS
- Comune
- Denominazione del Centro di Servizi
- Denominazione della proprietà del Centro di Servizi
- Natura giuridica della proprietà del Centro di Servizi
- Denominazione del gestore del Centro di Servizi
- Natura giuridica del gestore del Centro di Servizi
- Capacità ricettiva totale del Centro di Servizi

**TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA:**

- Nuova Costruzione – N° posti letto
- Ampliamento – N° posti letto
- Trasferimento – N° posti letto

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE:**

- Data della richiesta
- N° posti autosufficienti
- N° posti non autosufficienti 1° livello
- N° posti non autosufficienti 2° livello
- N° posti Centro Diurno
- N° posti Stati Vegetativi Permanenti (S.V.P.)
- N° posti Sezione di Alta Protezione Alzheimer (S.A.P.A.)
- N° posti Hospice
- N° posti Altro (precisare)

**RILASCIO DEL PARERE DI CONFORMITÀ ALLA PROGRAMMAZIONE:**

- Data del rilascio
- N° posti autosufficienti
- N° posti non autosufficienti 1° livello
- N° posti non autosufficienti 2° livello
- N° posti Centro Diurno
- N° posti Stati Vegetativi Permanenti (S.V.P.)
- N° posti Sezione di Alta Protezione Alzheimer (S.A.P.A.)
- N° posti Hospice
- N° posti Altro (precisare)

**RILASCIO AUTORIZZAZIONE EDILIZIA:**

- Titolo abilitativo alla trasformazione edilizia (Si/No)
- Data del rilascio

**DATA PREVISTA INIZIO ATTIVITÀ**