

**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N.71**

**IL RESPONSABILE S.U.A.P.**

**VISTA** l'istanza del Sig. **LAMBIASE GUIDO**, nato a Nocera Superiore (Sa) in data 20.09.1975, Cod. Fiscale-LMBGDU75P20F913H, in qualità di legale rappresentante del Centro Odontoiatrico Nocerino Snc di Lambiase e Ferrara, Pat. IVA 04103830651, con studio in Via Pecorari, 5 di questo comune, acquisita agli atti del Prot. Inf. **REP\_PROV\_SA/SA-SUPRO/0014386 del 09/04/2020**, ~~tesa ad ottenere il rilascio di una nuova Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche già in attività, per il cambio del Direttore Sanitario~~, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** il parere favorevole al rilascio della nuova Autorizzazione Sanitaria all'esercizio espresso dall'AS.L.SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958 del 07.08.2001-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 19.06.2020 prot.n.126391, acquisito agli atti del Prot. Gen/le dell'Ente in data 22.06.2020 al n. 0016444;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTA** l'Autorizzazione Sanitaria N.55 del 23 ottobre 2014 rilasciata da quest'Ente che qui s'intende integralmente riportata;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**VISTA** la relazione istruttoria Prat. SUAP n. 543 del 14.09.2020;

**AUTORIZZA**

Sig. **LAMBIASE GUIDO**, nato a Nocera Superiore (Sa) in data 20/09/1975, Cod. Fiscale. LMBGDU75P20F913H, in qualità di legale rappresentante del Centro Odontoiatrico Nocerino Snc di Lambiase e Ferrara, Pat. IVA 04103830651, con studio in Via Pecorari, 5 di questo comune,

a. all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche, alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

b. Al cambio del Direttore Sanitario nella persona della **Dott.ssa FIORE MARIA**, iscritta all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno al n. 00408 dal 17.02.1993, per le prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero.

La presente **AUTORIZZAZIONE** annulla le precedenti rilasciate dall'Ufficio de-quo, sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 03.08.1999, copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;

Nocera Superiore 16.09.2020



**Il Responsabile S.U.A.P.**

*Ing. Daniele Laudonio*



**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 37 del 04.10.2019 per Cambio di Denominazione Sociale**

**Reg. Eserc. Prof. Sanit. N. 70 del 04.10.2019**

**IL RESPONSABILE**

**VISTA** l'istanza del **Sig. IANNONE Giovanni**, nato a Gragnano(na) il 03.12.1992, e residente alla Via V. Russo,148 di questo comune, **Cod.Fisc.-NNNGNN92T03E131N**, in qualità di Legale Rappresentante del Centro Medico Odontoiatrico Iannone Sas di Giovanni Iannone, sito in Via J.F. Kennedy, n/civ.8 Part.IVA n.04236170652, acquisita agli atti di Prot. Inf.to dell'Ente in data 15.07.2019 n.1852, tesa ad ottenere il **rilascio di Autorizzazione Sanitaria** nei locali meglio sopra indicati.

**CONSIDERATO** che la struttura sanitaria è già oggetto di Autorizzazione rilasciata da quest'Ente in data 06.04.2018 n.27, giusto parere favorevole ASL del 18.10.2017 Prot. PG239231 e che in tutti i casi in data 12.09.2019, Prot. n.215916 la competente ASL di riferimento, ha espresso nulla osta all'aggiornamento dell'autorizzazione n.27 del 06.04.2018, in quanto trattasi di variazione di denominazione sociale con cambio di amministratore;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTO** l'atto notarile del 21.06.2019 n.3773 del repertorio n. 2647 della raccolta con il quale si è provveduto alla cessione delle quote sociali e cambio dell'amministratore

**VISTO** il conferimento dell'incarico del 01 febbraio 2018, al precedente Direttore Sanitario della Struttura Dr. Viscito Adolfo, nato a Cava de' Tirreni il 07.03.1975 ed ivi residente alla Via C. Santoro, 73 Cod. Fiscale VSLDLF75L07C361A, Part. IVA 03685440657;

**ACCLARATO** che il **Dr. Viscito Adolfo**, in qualità di Direttore Sanitario dello Studio medico odontoiatrico, sito in Via Kennedy, n/civ.8 come meglio sopra generalizzato è iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n°662 dal 23.05.2000;

**VISTA** la Comunicazione inviata all'ASL SA/1 per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria destinata all'erogazione di prestazioni Sanitarie e/o socio Sanitarie in Via J. F.Kennedy, n/civ.8, inoltrata da quest'Ufficio in data 21.08.2019 Prat. SUAP n. 789;

**VISTO** il nulla-osta all'aggiornamento dell'autorizzazione della struttura sanitaria con l'indicazione della nuova denominazione sociale del 12.09.2019 Prot.n.215916, acquisito agli atti del Prot. Gen./le dell'Ente in data 12.09.2019 prot.n.27579;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990; **VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n. 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145; **VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992,n.502, così come modificato dal D. Lgs. del 19.06.1999, n.229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995,n.230, così come modificato dal D. Lgs. del 26.05.2000, n.241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985,n.13, in particolare gli artt. 2 e 3;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n.32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n.6181 del 31.07.1997;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art.16 della L.R. del 19.01.2007 n.1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D. Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**VISTO** il Decreto del Sindaco Prot. n.30 del 02.07.2019;

**VISTA** la relazione istruttoria dell'ufficio SUAP n.880 del 04.10.2019;

## AUTORIZZA

il **Sig. IANNONE Giovanni**, nato a Gragnano(na) il 03.12.1992, e residente alla Via V. Russo,148 di questo comune, **Cod.Fisc.-NNNGNN92T03E131N**, in qualità di Legale Rappresentante del *Centro Medico Odontoiatrico Iannone Sas di Giovanni Iannone*, sito in Via J.F. Kennedy, n/civ.8 Part. IVA 04236170652, all'esercizio delle **Prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero**, alle seguenti condizioni:

- che venga esercitata nei giorni che meglio saranno specificati in apposita tabella;
- che sia sempre presente il Direttore Sanitario responsabile;
- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

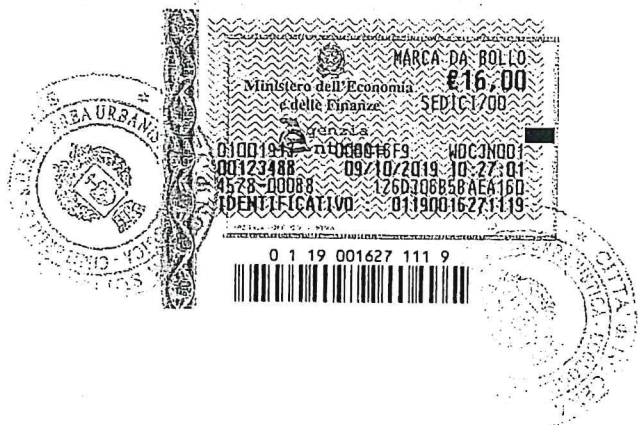
La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata al **Dott. Viscito Adolfo**, nato a Cava de' Tirreni il 07.03.1975 ed ivi residente alla Via C. Santoro, 73 in qualità di Direttore Sanitario dello Studio medico odontoiatrico, meglio sopra indicato iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n°662 dal 23.05.2000, per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche ai sensi della Delibera Giunta Regione Campania n.3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n.7301 del 31.12.2001.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
- Al Resp.le Area Vigilanza.

**Nocera Superiore, 04.10.2019**

Il Resp.le Urbanistica SUAP  
(Ing. D. Laudonio)





Prat. SUAP n. 556

Prot. Gen.le n. del 29.05.2019 ore

AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 69

16408

### IL RESPONSABILE S.U.A.P.

**VISTA** l'istanza del Dott. **TORTORA Antonio**, nato a Nocera Superiore [sa] in data 05 febbraio 1944, Cod. Fisc. TRTNTN44B05F9L3P in qualità di Legale Rappresentante della Struttura Sanitaria denominata "**POLIDIAGNOSTICA ALFATERNA srl**" sita in Via San Clemente, n/civ.180 di questo comune, Part. IVA 03884810650, acquisita agli atti di Prot. Gen./le dell'Ente in data 18.02.2019 al n. 4614, tesa a comunicare la rimodulazione dei settori specializzati **a1**(chimica clinica e tossicologia con RIA) e **a2**(microbiologia e sieroinmunologia) ed ottenere il relativo parere ad opera della competente ASL di riferimento nonché rilascio di autorizzazione sanitaria;

**CONSIDERATO** che:

- a.** agli esiti dell'istruttoria, la pratica è stata trasmessa in pari data all'ASL Salerno con Prot. Gen./le n.4624;
- b.** in data 03.05.2019 con Prot. n. 112487, l'ASL Salerno esprimeva parere favorevole al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per la struttura sanitaria ai sensi del DGRC n.3958/01 e smi nella seduta del 19.04.2019 all'erogazione delle seguenti:
  1. prestazioni di laboratorio generale di base con settori specializzati ed a.3 (Ematologia) e Diagnostica per immagini, in Via San Clemente, 180;
  2. prestazioni per l'erogazione dei settori a.1 (chimica Clinica e Tossicologia con RIA), a.2 (microbiologia e Sieroimmunologia), in Via San Clemente nn.235/237;

**VISTA** la richiesta del 28.05.2019 assunta agli atti del Prot. Gen./le dell'Ente al n.16259, con la quale la Società sopra menzionata, comunicava la sostituzione del Direttore Sanitario, nella persona della Dott.ssa MAIORINO Manuela, che succedeva alla Dott.ssa D'Angelo Eleonora;

**CONSIDERATO** che la Società Polidiagnostica Alfaterna srl è titolare di autorizzazione:

- -n.59 del 20.08.2015, avente ad oggetto l'esercizio dell'attività sanitaria in regime ambulatoriale extra ospedaliero delle prestazioni di Laboratorio Generale di Base con i settori specializzati A1(compresa tossicologia) A2,-A3-e Radiodiagnostica per immagini;
- n.59 del 20.08.2015 a sua volta aveva inglobato:
  - l'Autorizzazione n.58 del 04.06.2015, avente ad oggetto l'esercizio di diagnostica per immagini a seguito di trasferimento dal comune di Albanella ai sensi della Delibera Giunta Regione Campania n.3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, rilasciata alla Struttura Sanitaria "Polidiagnostica Alfaterna srl", con sede in Nocera Superiore alla Via San Clemente n/civ. 180;
  - l'Autorizzazione n.2 del 28.01.2009, avente ad oggetto Laboratorio generale di base con i settori specializzati A1(compresa tossicologia), A2; A3; rilasciata alla Struttura Sanitaria Ultrabios Srl, con sede in Nocera Superiore alla Via San Clemente n/civ. 180;

**CONSIDERATO** inoltre che la società aveva acquisito, nullaosta alla fusione della denominazione delle autorizzazioni delle società "Polidiagnostica Alfaterna s.r.l." e di "Ultrabios s.r.l." con l'unica denominazione di "Polidiagnostica Alfaterna s.r.l." con sede operativa in Via San Clemente, 180 di Nocera Superiore, per l'esercizio delle attività in regime ambulatoriale extraospedaliero di:

1. Laboratorio generale di base con settori specializzati di a.1 (chimica Clinica e Tossicologia con RIA), a.2 (microbiologia e Sieroimmunologia), a3 (Ematologia);
2. Radiodiagnostica per immagini;

rilasciato dall'AS.L.SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 07.07.2015 prot. N.145037, acquisito agli atti del Prot. Gen/le dell'Ente in data 07.07.2015 al n.0016111/2015;

**CONSIDERATO** che il legale rappresentante della "Polidiagnostica Alfaterna s.r.l." è il Dott. Tortora Antonio nato a Nocera Superiore il 05.02.1944 ed ivi residente alla Via San Clemente, 180;

**VISTA** la Deliberazione Generale n.1228 del 19.12.2014 di presa d'atto di cessione di Ramo d'azienda a favore della società Polidiagnostica Alfaterna s.r.l.;

**VISTA** la richiamata l'autorizzazione all'esercizio n.59 del 20.08.2015, rilasciata alla Società Polidiagnostica Alfaterna s.r.l. sita in via San Clemente, 180 per le prestazioni di Diagnostica per immagini Laboratorio Generale di Base con i settori specializzati a.1 (chimica Clinica e Tossicologia con RIA), a.2 (microbiologia e Sieroimmunologia), a3(Ematologia), Radiodiagnostica per immagini;

**VISTO** che come unico Direttore Sanitario della struttura Polidiagnostica Alfaterna s.r.l. è stata nominata la **Dott.ssa MAIORINO Manuela** nata il 12.06.1984 a Nocera Inferiore e residente in Nocera Superiore alla Via Napoli, 22 iscritta all'Ordine dei Medici e Chirurghi della provincia di Salerno al n. 10151 dal 13.03.2012;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva DGR n.7301 del 31.72.2001;

**VISTO** il DPR n.542 del 08.08.1994, il DM. del 02.08.1991 (allegati 1 e 4), il D.M. 03.08.1993 (Allegati A e B); nonché alla luce delle Linee guida tecniche regionali in materia di autorizzazione all'installazione, detenzione ed utilizzo di apparecchiature a risonanza magnetica del gruppo A;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1.;

**VISTO** il Decreto Dirigenziale n.19 del 13 febbraio 2009, pubblicato su BURC n. 14 del 02.03.2009;

**VISTO** il Decreto del Sindaco n. 06 del 07.01.2019;

**CONSIDERANDO** che agli esiti dell'istruttoria n.541 del 28.05.2019 e per quanto sopra esposto non sono emersi motivi ostativi all'adozione di provvedimento autorizzativo;

**ATTESTATA** la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, ai sensi del D.Lgs. 18.08.2000 n.267 e s.m.i. e del rispetto dei tempi del procedimento ai sensi dell'art.2 della Legge n.241/90 e s.m.i.;

Tanto premesso,

### **AUTORIZZA**

1. **Il Dott. TORTORA Antonio**, nato a Nocera Superiore (sa) in data 05 febbraio 1944, Cod. Fisc. TRTNTN44B05F913P in qualità di Legale Rappresentante della Struttura Sanitaria denominata "**POLIDIAGNOSTICA ALFATERNA srl**" sita in Via San Clemente,180 di questo comune, Part. IVA 03884810650, all'esercizio dell'attività sanitaria in regime ambulatoriale extra ospedaliero delle prestazioni di:

- I. Laboratorio Generale di Base con i settori specializzati a.1 (chimica Clinica e Tossicologia con RIA), a.2 (microbiologia e Sieroimmunologia), a3(Ematologia),
- II. Radiodiagnostica per immagini;
- III. all'installazione ed utilizzo di apparecchiature diagnostiche a risonanza magnetica Total body fino a due tesla per uso diagnostico, così come previsto dal Decreto Dirigenziale n.19 del 13.02.2009;

Alle seguenti condizioni:

- Che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e /o regolamenti vigenti;
- Che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al dipartimento di Prevenzione dell'ASL SA di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio;
- Che con il rilascio della presente, s'intende annullata ogni altra precedente autorizzazione emessa a tale scopo, ed in particolare la n.59 del 20.08.2015 e che con cadenza triennale, il titolare/Leg. Rappr.te del Laboratorio deve inviare al comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti dalla DGRC n. 3958/01 e s.m.i.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata alla **Dott.ssa MAIORINO Manuela** nata il 12.06.1984 a Nocera Inferiore e residente in Nocera Superiore alla Via Napoli, 22 iscritta all'Ordine dei Medici e Chirurghi della provincia di Salerno al n. 10151 dal 13.03.2012, per prestazioni in regime ambulatoriale extraospedaliero.

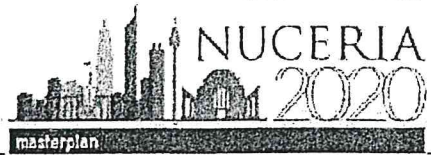
La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n.265 del 03/08/1999 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

Alla Direzione Generale ASL SA/L di Nocera Inferiore.

Nocera Superiore, 29 maggio 2019.

**Il Resp.le Area Urbanistica SUAP**  
Ing. D. Laudonio





**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N.30 del 19.04.2019**

**Reg. Eserc. Prof. Sanit. N 68 del 19.04.2019**

### IL RESPONSABILE

**VISTA** l'istanza del **Sig. RISPOLI Gaetano**, nato Pagani (SA) il 09luglio 1977, residente alla Via G. Garibaldi, n/civ.107, Cod.Fisc.-RSPG7N77L09G230W, in qualità di Socio accomandatario della Società **Centro Dental Prothesis Sas di Rispoli G. & C.**, sita in Via G. Garibaldi, n/civ.95(ex 49). - Part.IVA 04585110655-acquisita agli atti del , tesa ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria, (ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n.3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001), all'esercizio di una struttura sanitaria a seguito di **CAMBIO del DIRETTORE SANITARIO**, per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche nei locali siti in Via G. Garibaldi,95 di questo Comune;

**VISTA** l'Autorizzazione rilasciata alla Società Centro Dental Prothesis Sas di Rispoli G. & C., da quest'Ente, in data 18 gennaio 2017 n.22 Reg. Eserc. Prof. Sanit. n.64 destinata alla erogazione di prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero in Via G. Garibaldi, n/civ. 95 (ex 49).

**VISTO** il nulla osta alla variazione del Direttore Sanitario presso la struttura sopra indicata, espresso dall'AS.L.SA-Dipartimento di Prevenzione, Ambito Nord e Centro-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 11 aprile 2019, prot.n.PG/97449, acquisito agli atti del Prot. Gen/le di questo Ente in pari data al n.11283;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n.241 del 07.08.1990;

**ACQUISITA** l'istruttoria svolta dal Responsabile del Procedimento dell'Ufficio SUAP del 18.04.2019 n. 394

**ACCLARATO** che il Dott. BALZANO Cosimo, in qualità di Direttore Sanitario del Centro Dental Prothesis, con sede in Nocera Superiore alla Via G. Garibaldi, 95 (ex 49), nato il 27.09.1964, a Battipaglia (sa), residente in Salerno alla Via L. Guercio,150, è iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n° 1263 dal 24.07.2018;

**TENUTO CONTO** che la Società **Centro Dental Prothesis Sas di Rispoli G. & C.**, dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi e della capacità tecnica, organizzativa ed economica, prevista dalla norma per l'esercizio dell'attività sanitaria;

**RITENUTO**, per quanto sopra riportato, di poter concedere alla Società **Centro Dental Prothesis Sas di Rispoli G. & C** con sede legale alla Via G. Garibaldi, n/civ.95(ex 49)., l'autorizzazione per l'esercizio dell'attività sanitaria ricadente nel territorio del Comune di Nocera Superiore per il cambio del Direttore Sanitario

**VISTO :**

- a. il Regio Decreto del 27.07.1934 n 1265;
- b. il Regio Decreto del 28.01.1935 n. 145;
- c. il D.P.C.M. del 10.02.1984;
- d. il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;
- e. il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;
- f. il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Del. Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

**VISTA:**

- a. la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;
- b. la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

c. la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO:**

- a. l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;
- b. l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**ESAMINATI** gli atti;

**DECRETA**

Per i motivi espressi in premessa che qui si danno per ripetuti e riscritti:

- 1. è rilasciata **AUTORIZZAZIONE** alla Società **"Centro Dental Prothesis Sas di Rispoli G. & C."**, con sede in Nocera Superiore (SA) alla G. Garibaldi, n/civ. 95(ex 49), Part.IVA 04585110655- e per essa il Sig. **Rispoli Gaetano**, nato il 09.07.1977 residente alla Via G. Garibaldi, n/civ. 107 di questo comune, Cod. Fisc.-RSPGTN77L09G230W, in qualità di socio accomandatario della struttura sanitaria, come meglio sopra denominata, alla **variazione del Direttore Sanitario** presso la struttura che fornisce le **Prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero**, alle seguenti condizioni:
  - che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
  - che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

L'attuale **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata con lettera d'incarico del 01.11.2018 al Dottor **BALZANO Cosimo**, nato il 27.09.1964, a Battipaglia (sa), residente in Salerno alla Via L. Guercio, 150, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n° 1263 dal 24.07.2018;

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;

**Nocera Superiore 19.04.2019.**

Il Resp./le Urbanistica SUAP  
Ing. D. Laudonio





**CITTA' DI  
NOCERA SUPERIORE**



**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 27 del 06.04.2018 per Cambio di Direttore Sanitario**

**Reg. Eserc. Prof. Sanit. N.67 del 06.04.2018**

### IL RESPONSABILE

**VISTA** l'istanza della **Sig./ra AVALLONE Irene**, nata a Vietri sul Mare (sa) il 19 febbraio 1971, e residente alla Via V. Russo,163 di questo comune, **Cod.Fisc.-VLLRNI71B59 L860V**, in qualità di Legale Rappresentante del Centro Odontoiatrico New Dent Sas di Avallone Irene, sito in Via J.F. Kennedy, n/civ.8 Part. IVA 04236170652, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 16 febbraio 2018 al Prot. Gen.le n.5154, tesa ad ottenere il **rilascio di Autorizzazione Sanitaria, per variazione del Direttore Sanitario** nella persona del Dr. Viscito Adolfo, nato a Cava de' Tirreni il 07.03.1975 ed ivi residente alla Via C. Santoro, 73 nell'esercizio di struttura sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche nei locali siti in Via J. F.Kennedy, n/civ.8 di questo Comune, denominata *Centro Odontoiatrico New Dent sas di Avallone Irene*, ai sensi della Delibera Giunta Regione Campania n.3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n.7301 del 31.12.2001.

**CONSIDERATO** che la struttura sanitaria è già oggetto di Autorizzazione rilasciata da quest'Ente in data 24.10.2017 n.25, giusto parere favorevole della competente ASL del 18.10.2017 Prot. PG239231 e che trattasi di semplice cambio di Direttore Sanitario;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTA** la richiesta di cambio di Direttore Sanitario, presentato agli atti del Prot. Gen./le di quest'Ente in data 09.02.2018 n. 4506 dall'amministratore della struttura Sig. Avallone Irene;

**VISTO** il conferimento dell'incarico del 01 febbraio 2018, al nuovo Direttore Sanitario della Struttura al Dr. Viscito Adolfo, nato a Cava de' Tirreni il 07.03.1975 ed ivi residente alla Via C. Santoro, 73 Cod. Fiscale VSLDLF75L07C361A, Part. IVA 03685440657;

**ACCLARATO** che il **Dr. Viscito Adolfo**, in qualità di Direttore Sanitario dello Studio medico odontoiatrico, sito in Via Kennedy, n/civ.8 come meglio sopra generalizzato è iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n°662 dal 23.05.2000;

**VISTA** la Comunicazione inviata all'ASL SA/1 per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria destinata all'erogazione di prestazioni Sanitarie e/o socio Sanitarie in Via J. F.Kennedy, n/civ.8, inoltrata da quest'Ufficio in data 27.02.2018 Prot. Gen./le n. 6522;

**VISTO** il nulla-osta all'aggiornamento dell'autorizzazione della struttura sanitaria con l'indicazione del nuovo Direttore Sanitario Dr. Viscito Adolfo del 09.03.2018 Prot.n.PG2018/63249, acquisito agli atti del Prot. Gen./le dell'Ente in data 12.03.2018 prot.n.7883;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n. 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145;**VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992,n.502, così come modificato dal D. Lgs. del 19.06.1999, n.229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995,n.230, così come modificato dal D. Lgs. del 26.05.2000, n.241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985,n.13, in particolare gli artt. 2 e 3;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n.32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n.6181 del 31.07.1997;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art.16 della L.R. del 19.01.2007 n.1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D. Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**VISTO** il Decreto del Sindaco Prot. n.15 del 29 dicembre 2017;  
**VISTA** la relazione istruttoria dell'ufficio SUAP n.203 del 05 aprile 2018;

## **AUTORIZZA**

la **Sig./ra AVALONE Irene**, nata a Vietri sul Mare (sa) il 19 febbraio 1971, e residente alla Via V. Russo,163 di questo comune, Cod.Fisc.-VLLRNI71B59L860V, in qualità di Legale Rappresentante del **Centro Odontoiatrico New Dent Sas di Avallone Irene**, sito in Via J.F. Kennedy, n/civ.8 Part. IVA 04236170652, ~~al cambio di Direttore Sanitario~~, nell'esercizio delle **Prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero**, alle seguenti condizioni:

- che venga esercitata nei giorni che meglio saranno specificati in apposita tabella;
- che sia sempre presente il Direttore Sanitario responsabile;
- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

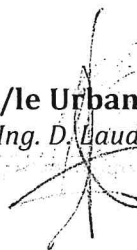
La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata al **Dott. Viscito Adolfo**, in qualità di Direttore Sanitario dello Studio medico odontoiatrico, sito in Via Kennedy, n/civ.8 come meglio sopra generalizzato, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n°662 dal 23.05.2000.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
- Al Resp.le Area Vigilanza.

**Nocera Superiore, 05.04.2018**

**Il Resp./le Urbanistica SUAP**  
(Ing. D. Laudonio)





CITTA' DI  
NOCERA SUPERIORE

www.comune.nocera-superiore.sa.i

Ministero dell'Economia  
e delle Finanze

MARCA DA BOLLO

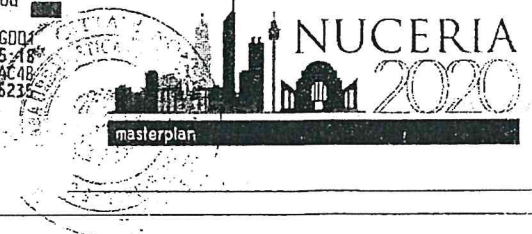
€16,00  
SEDICI/00

AREA Urbanistica - S.U.A.P. -

00018804 000083ZE W0WHG001  
00053837 02/03/2018 09:55:18  
4578-00088 D90273B62DBEAC4B  
IDENTIFICATIVO : 0117066294623



U 1 17 066294 623 5



**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 26 del 23.02.2018**  
**Reg. Eserc. Prof. Sanit. N 66 del 23.02.2018**

### IL RESPONSABILE

**VISTA** l'istanza della **Sig./ra Giordano Annalisa**, nata Nocera Inferiore (sa) il 02.12.1982 ed ivi residente alla Via Fiano, n/civ.235, Cod.Fisc.-GRDNLS82T41F912P, in qualità di Legale Rappresentante dell'Associazione di Volontariato ONLUS "Centro AVIS Comunale di Nocera Inferiore, sita in Via S. Maria Maggiore, n/civ.112/116 del Comune di Nocera Superiore- Cod. Fisc.-94029380659, acquisita agli atti di Prot. Gen./le dell'Ente in data 30.11.2017, al n.1331, tesa ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria, (ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n.3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n.7301 del 31.12.2001), all'esercizio di una struttura sanitaria per l'erogazione di Unità di Raccolta (U.D.R.) Fissa del sangue e degli emocomponenti, in regime ambulatoriale, nei locali sopra meglio evidenziati, di questo Comune;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTO** il parere favorevole al rilascio di autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria per l'erogazione di Unità di Raccolta (U.D.R.) Fissa del sangue e degli emocomponenti, in regime ambulatoriale, espresso dalla competente commissione per la verifica della compatibilità delle autorizzazioni alla realizzazione ed esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie delle strutture pubbliche e private di cui al DGRC n. 3958/01 e smi dell'AS.L.SA-Dipartimento di Prevenzione, Ambito Nord, del 07.02.2018 prot.n.PG/36300, acquisito agli atti del prot. gen/le di questo Ente in data 08.02.2018 al n.4207;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art.3 della Legge n.241 del 07.08.1990;

**ACCLARATO** che il Dott. **VOLO MARIO**, nato a Nocera Inferiore il 08.05.1953, ed Ivi residente alla Via Catello Ferreri, 25, in qualità di **Direttore Sanitario della struttura**, con sede in Nocera Superiore alla Via S. Maria Maggiore, 112/116, è iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Prov. di Salerno al n° 3761 dal 22.12.1978;

**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n° 1265;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3 ;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTA** la D.G.R.C. n.2042 del 23 dicembre 2008;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n.267 del 18.08.2000.

**VISTA** la relazione istruttoria n. 129 del 22.02.2018, redatta dall'Ufficio SUAP.

### AUTORIZZA

l'Associazione di Volontariato ONLUS "**Centro AVIS Comunale di Nocera Inferiore**, sita in Via S. Maria Maggiore, n/civ.112/116 del Comune di Nocera Superiore- Cod. Fisc.-94029380659 - e per essa al Legale Rappresentante Sig.ra **Giordano Annalisa**, nata Nocera Inferiore (sa) il 02.12.1982 ed ivi residente alla Via Fiano, n/civ.235, Cod.Fisc.-GRDNLS82T41F912P, all'erogazione di Unità di Raccolta (U.D.R.) Fissa del sangue e degli emocomponenti, in regime ambulatoriale, nei locali meglio sopra indicati di questo Comune.

Le prestazioni di Raccolta (U.D.R.) Fissa del sangue e degli emocomponenti, in regime ambulatoriale saranno rese presso la struttura alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

L'attuale **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata con lettera d'incarico del 05.02.2018 al Dottor **VOLO MARIO**, meglio sopra generalizzato che ha accettato, lo stesso in virtù del possesso dei requisiti (iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Prov. di Salerno al n°3761 dal 22.12.1978), può adeguatamente ricoprire l'incarico;

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

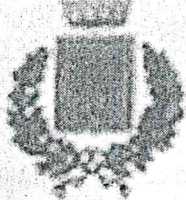
- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;

**Nocera Superiore 23.02.2018**

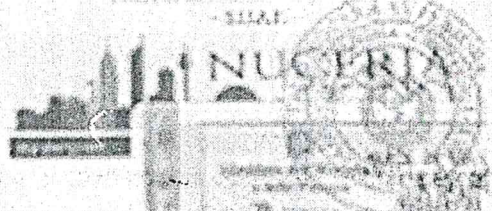
Il Resp./le Urbanistica SUAP

Ing. D. Laudonio





CITTA' DI  
NOCERA SUPERIORE



NUCERIA

AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 25 del 24/10/2017

Reg. Eserc. Prof. Sanit. N. 65 del 24.10.2017

#### IL RESPONSABILE

VISTA l'istanza della Sig./ra AVALLONE Irene, nata a Vietri sul Mare (SA) il 19 febbraio 1971, e residente alla Via V. Russo, 181 di questo comune, Cod. Fisc. VLL RNI 71B59 L060V, in qualità di Legale Rappresentante del Centro Odontoiatrico New Dent Sas di Avallone Irene, sito in Via J.F. Kennedy, n/civ.8 Part. IVA 04236170652, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 20 febbraio 2017 al Prot. Inf. n. 1441, tesi ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria, ai sensi della delibera Giunta Regionale Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, all'esercizio di una struttura sanitaria di nuova realizzazione per erogazione di prestazioni odontoiatriche nei locali siti in Via J.F. Kennedy, n/civ.8 di questo Comune, per variazione della denominazione societaria da Centro Odontoiatrico New dent sas di Mugliano Nicola a Centro Odontoiatrico New dent sas di AVALLONE IRENE;

ESAMINATI gli atti;

VISTA la Comunicazione inviata all'ASL SA/1 per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria destinata alla erogazione di prestazioni Sanitarie e/o socio Sanitarie in Via J.F. Kennedy, n/civ.8, inoltrata da quest'Ufficio in data 22 marzo 2017 n° 8169;

VISTO il parere favorevole all'esercizio delle attività sanitarie dell'Autorizzazione Sanitaria espresso dall'ASL SA- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C. 3958-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 22.06.2017 Prot. n. PG146879, acquisito agli atti del Prot. Gen./le dell'Ente in data 20.09.2017 prot. n. 22873, nonché il parere favorevole del 18.10.2017 Prot. n. PG239231, assunto agli atti del Prot. Gen./le di quest'Ente in data 24.10.2017 al n. 27130;

RITENUTO che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

VISTO il conferimento dell'incarico del 04 settembre 2017, di Direttore Sanitario della Struttura al dott. REGA Paolo, nato a Calvanice il 21.08.1956 ed ivi residente alla Via D'Erni Vitantonio, 4.

ACCLARATO che il dott. REGA Paolo, in qualità di Direttore Sanitario dello Studio medico odontoiatrico, sito in Via Kennedy, n/civ.8 come meglio sopra generalizzato è iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Avellino al n° 359 dal 21.12.2011;

VISTO il R.D. del 27.07.1934 n. 1265; VISTO il R.D. del 26.01.1935 n. 145;

VISTO il D.P.C.M. del 10.02.1984;

VISTO il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

VISTO il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

VISTA la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;

VISTO la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.l.;

VISTO il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

VISTA la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001, cui' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001; VISTO l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;  
VISTO l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

## AUTORIZZA

la Sig./ra **AVALLONE Irene**, nata a Vietri sul Mare (sa) il 19 febbraio 1971, e residente alla Via V. Russo, 163 di questo comune, Cod.Fisc. VLL RNI 71859 LR60V, in qualità di Legale Rappresentante del Centro Odontoiatrico New Dent Sas di Avallose Irene, sito in Via JFK Kennedy, n/civ.8, Part. IVA 04236170652, all'esercizio delle Prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero, alle seguenti condizioni:

- che venga esercitata nei giorni che meglio saranno specificati in apposita tabella;
- che sia sempre presente il Direttore Sanitario responsabile;
- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'ASL SA di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.


La Direzione Sanitaria della Struttura è affidata al Dottor **REGA Paolo**, in qualità di Direttore Sanitario dello Studio medico odontoiatrico, sito in Via Kennedy, n/civ.8 come meglio sopra generalizzato, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Avellino al n° 359 dal 21.12.2011.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
- Al Resp.le Area Vigilanza.

Nocera Superiore, 24.10.2017

Il Resp./le Organistica SUAP  
(Ing. D. Laudonio)



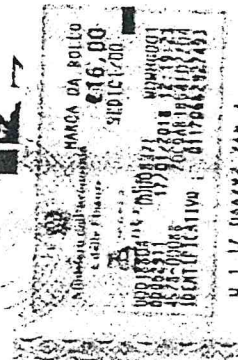
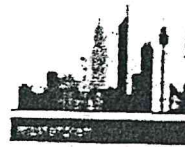


www.comune.nocera-superiore.sa.it

CITTA' DI  
NOCERA SUPERIORE



AREA Urbanistica - Ecologia  
Cimiteriale - S.U.A.P.



**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N.22 del 18/01/2017**  
**Reg. Eserc. Prof. Sanit. N 64 del 18/01/2017**

**IL RESPONSABILE**

VISTA l'istanza del Sig. RISPOLI Gaetano, nato Pagani (SA) il 09.07.1977, residente alla Via G. Garibaldi, n/civ.49, Cod.Fisc.-RSPGNT77L09G230W, in qualità di Socio amministratore della società Centro Dental Prothesis Sas, sita in Via G. Garibaldi, n/civ.49 -Part.IVA 04585110655-acquisita agli atti di Prot. Gen/le dell'Ente in data 24 giugno 2015, al n. 14728, tesa ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria, (ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n.3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001), all'esercizio di una struttura sanitaria a seguito di **CAMBIO del DIRETTORE SANITARIO**, per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche nei locali siti in Via G. Garibaldi, 49 di questo Comune;

**ESAMINATI** gli atti;

VISTA l'Autorizzazione rilasciata alla Società CENTRO DENTALE PROTHESIS Sas da quest'Ente, in data 15.06.2010 n.4 Reg. Eserc. Prof. Sanit. n.43 destinata alla erogazione di prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero in Via G. Garibaldi, n/civ. 49.

VISTO il nulla osta alla variazione del Direttore Sanitario presso la struttura sopra indicata, espresso dall'AS.L.SA-Dipartimento di Prevenzione, Ambito Nord e Centro-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 08.09.2015, prot.n.PG/2015/179354, acquisito agli atti del proc. gen/le di questo Ente in data 06.10.2015 al n.23335;

RITENUTO che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n.241 del 07.08.1990;

ACCLARATO che il Dott. CONTALDO CARMINE, in qualità di Direttore Sanitario del Centro Dental Prothesis, con sede in Nocera Superiore alla Via G. Garibaldi, 49 nato il 06.08.1980, a Nocera Inferiore (sa), residente in Pagani, alla Via G.do Tramontano, 16 esp. 3, è iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n° 903 dal 20.12.2005;

VISTO il R.D. del 27.07.1934 n. 1265;

VISTO il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

VISTO il D.P.C.M. del 10.02.1984;

VISTO il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

VISTO il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

VISTA la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;

VISTO la L.R. del 03.11.94, n. 32 e smi;

VISTO il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.D. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

VISTA la D.L.R. n. 3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva DGR n. 7301 del 31.12.2001;

VISTO l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

VISTO l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 11.09.2001;

VISTA la relazione istruttoria n. 26 del 13 gennaio 2017, redatta dall'Ufficio S.U.A.P.

## AUTORIZZA

La Società "CENTRO DENTALE PROTHESIS Sas" con sede in Nocera Superiore (SA) alla G. Garibaldi, n/civ. 49, Part.IVA 04585110655- Legale Rappresentante sig. Rispoli Gaetano, nato il 09.07.1977 residente alla Via G. Garibaldi, n/civ. 49 di questo comune, Cod. Fisc.- BGL NCL 63B18 F913H, in qualità di socio accomandatario della struttura sanitaria, come meglio sopra denominata, alla **variazione del Direttore Sanitario** presso la struttura che fornisce le **Prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero**, alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da legge e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'ASL SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

L'attuale Direzione Sanitaria della Struttura è affidata con lettera d'incarico del 08.06.2015 al Dottor **CONTALDO CARMINE**, nato a Nocera inferiore il 06.08.1980, residente in Pagani alla Via G. Trionfante, 16 esp 3, è iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n° 903 dal 20.12.2005.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;  
Nocera Superiore 18/01/2017.

Il Resp./le Urbanistica SUAP  
ecologia e ambientale

Ing. E. ...





**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 63**

**IL RESPONSABILE S.U.A.P.**

**VISTA** l'istanza del Dott. **DE ROSA Alberto**, nato a Cava dè Tirreni (sa) in data 08/04/1954, ed Ivi residente al C.so G. Marconi, 55 Codice Fiscale-DRSLRT54D08C361C, in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata Studio Dentistico Dr. Alberto De Rosa, con sede in Via V. Russo, 293 di questo comune, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 27/07/2016 al n.21076, tesa ad ottenere il rilascio di **Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria** o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche ambulatoriali in Via V. Russo, 293 di questo Comune, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001 a seguito di rimodulazione degli spazi;

**VISTO** il parere favorevole al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria all'esercizio espresso dall'AS.L.SA-Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958 del 07.08.2001-Dipartimento di Prevenzione Ambito Nord, del 01 agosto 2016 prot.n. 173721, acquisito agli atti del Prot. Gen/le dell'Ente in data 1 agosto 2016 al n.22447;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n.241 del 07.08.1990;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**VISTO** il Decreto del Sindaco Prot. n.10 del 08/08/2016;

**VISTA** la relazione istruttoria dell'Ufficio SUAP n.688 del 30/08/2016;

*Diret. M. C. / 55*

**AUTORIZZA**

il Dott. **DE ROSA Alberto**, nato a Cava dè Tirreni (sa) in data 08/04/1954, ed Ivi residente al C.so G. Marconi, 55 Codice Fiscale-DRSLRT54D08C361C, in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata "Studio Dentistico Dr. Alberto De Rosa", con sede in Via V. Russo, 293 di questo comune, all'esercizio dell'attività sanitaria e/o socio-sanitaria di prestazioni odontoiatriche alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio;
- che dopo il rilascio della presente, con cadenza triennale, il titolare dello studio deve inviare al comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti dalla DGRC n. 3958/01 e s.m.i.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata allo stesso **Dott. DE ROSA Alberto**, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno, per le prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero.

La presente **AUTORIZZAZIONE**

- a. sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:
  - o Al Dipartimento di Prevenzione Ambito Nord,

**Nocera Superiore 07/09/2016**

**Il Responsabile S.U.A.P.**  
ad interim  
*Arch. V. Sportiello*

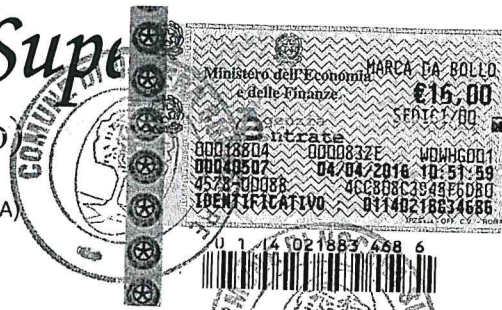


# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA Urbanistica SUAP e. c.**

C.so G. Matteotti, 23 - 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547



**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 61**

**IL RESPONSABILE S.U.A.P.**

**VISTA** l'istanza del Dott. **RUGGIERO CARMINE**, nato a Pagani (sa) in data 23/05/1990, ed Ivi residente alla Via dello stadio, 11, Codice Fiscale-RGGCMN90E23G230M Part. IVA 05456420651 in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata Studio Odontoiatrico Dott. Ruggiero Carmine, con sede in Via Risorgimento, 97 di questo comune, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 14/01/2016 al n.992, tesa ad ottenere il rilascio di **Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria** o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche ambulatoriali in Via Risorgimento, 97 di questo Comune, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** il parere favorevole al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria all'esercizio espresso dall'AS.L.SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C. n.3958 del 07.03.2016- Dipartimento di Prevenzione Ambito nord e Centro di Nocera Inferiore, del 15.03.2016 prot.n.57952, acquisito agli atti del Prot. Gen/le dell'Ente in data 16.03.2016 al n.7342;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**VISTO** il Decreto del Sindaco Prot. n.35 del 06/11/2015;

**VISTA** la relazione istruttoria n 254 del 21/03/2016;

## **AUTORIZZA**

Dott. **RUGGIERO CARMINE**, nato a Pagani (sa) in data 23/05/1990, ed Ivi residente alla Via dello stadio, 11, Codice Fiscale-RGGCMN90E23G230M Part. IVA 05456420651 in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata Studio Odontoiatrico Dott. Ruggiero Carmine, con sede in Via Risorgimento, 97, all'**esercizio** dell'attività sanitaria o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche, alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L.;
- che dopo il rilascio della presente, con cadenza triennale, il titolare dello studio deve inviare al comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti dalla DGRC n. 3958/01 e s.m.i.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata allo stesso **Dott. RUGGIERO CARMINE**, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno al n. 1183 dal 28.12.2015, per le prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 Dipartimento di Prevenzione Ambito nord e Centro di Nocera Inferiore;

Nocera Superiore 21 marzo 2016

**Il Responsabile S.U.A.P.**  
Arch. A. D'Amico





# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA Urbanistica SUAP e. c.**

C.so G. Matteotti, 23 - 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547



## **AUTORIZZAZIONE SANITARIA N.61**

**IL RESPONSABILE S.U.A.P.**

**VISTA** l'istanza del Dott. **VILLANI Luigi**, nato a Nocera Superiore (sa) in data 04/12/1955, ed Ivi residente alla Via Croce Malloni, 58 Codice Fiscale-VLLLLGU55T04F913Q, in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata Studio Odontoiatrico Dott. Villani Luigi, con sede in Via V. Russo, 116 di questo comune, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 16/06/2015 al n.13750, tesa ad ottenere il rilascio di **Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria** o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche ambulatoriali in Via V. Russo, 116 di questo Comune, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001 a seguito di rimodulazione degli spazi;

**CONSIDERANDO** che il dott. Villani Luigi, come meglio sopra generalizzato, è già in possesso di autorizzazione per l'esercizio di attività ambulatoriale odontoiatrica, rilasciata da questo SUAP in data 28/04/2008 al n. 304;

**VISTO** il parere favorevole al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria all'esercizio espresso dall'AS.L.SA1-Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958 del 28.01.2015-Dipartimento di Prevenzione Ambito Nord, del 16.02.2016 prot.n.35663, acquisito agli atti del Prot. Gen/le dell'Ente in data 22.02.2016 al n.4887;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n.241 del 07.08.1990;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**VISTO** il Decreto del Sindaco Prot. n.35 del 06/11/2015;

**VISTA** la relazione istruttoria dell'Ufficio SUAP n.206 del 24/02/2016;

### **AUTORIZZA**

il Dott. **VILLANI Luigi**, nato a Nocera Superiore (sa) in data 04/12/1955, ed Ivi residente alla Via Croce Malloni, 58 Codice Fiscale-VLLLLGU55T04F913Q, in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata Studio Odontoiatrico Dott. **VILLANI Luigi**, con sede in Via V. Russo, n/civ.116, all'**esercizio a seguito della rimodulazione dei locali senza modifica delle prestazioni già autorizzate, dello studio odontoiatrico** all'attività sanitaria e/o socio-sanitaria alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio;
- che dopo il rilascio della presente, con cadenza triennale, il titolare dello studio deve inviare al comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti dalla DGRC n. 3958/01 e s.m.i.

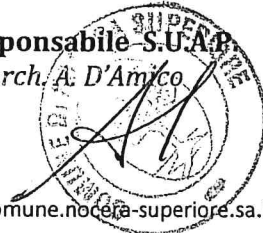
La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata allo stesso **Dott. VILLANI Luigi**, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno, per le prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero.

La presente **AUTORIZZAZIONE**

- a. annulla e sostituisce integralmente la **n.304/SUAP del 28/04/2008**,
- b. sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:
  - Al Dipartimento di Prevenzione Ambito Nord,

Nocera Superiore - 3 MAR. 2016

Il Responsabile S.U.A.P.  
Arch. A. D'Amico





# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA URBANISTICA SUAP E. C.**

C.so G. Matteotti, 23 – 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547

Nocera Superiore, 27 novembre 2015

bollo

**Autorizzazione N. 60**

## **IL RESPONSABILE DELL'AREA**

**VISTA** l'autorizzazione n.53 rilasciata da quest'Ente in data 08/05/2014, che qui s'intende integralmente riportata;

**VISTA** l'istanza del *nuovo Amministratore Delegato* della **Società DIAL NEFRO Ambulatori di emodialisi srl -Sig./ra CIRILLO Maria**, nata a Pompei, in data 13 settembre 1982 Cod. Fiscale CRLMRA82P53G813L, ed Ivi residente in Via Colle San Bartolomeo, n./civ. 13, acquisita agli atti del Prot. Gen.le dell'Ente in data 20 luglio 2015 al n. 17031, relativa alla comunicazione di aggiornamento del Decreto Autorizzativo per cambio del Legale Rappresentante della struttura sopra indicata con sede nei locali posti in questo Comune in Via Petrone n. 28;

**RICHIAMATA** altresì la nota P.G. n.201609 del 12.10.2015, acquisita agli atti di quest'Ente in data 20.10.2015, al n.24923, con cui l'Azienda Sanitaria Locale SA- Dipartimento di Prevenzione-trasmetteva il **Nulla Osta** alla suindicata variazione ai fini dell'aggiornamento dell'atto autorizzativo n° 53 del 08/05/2014, rilasciato da codesto Comune per l'esercizio di ambulatorio di emodialisi extraospedaliera;

**CONSIDERANDO** che:

- a. presso la struttura sanitaria non vi è stata alcuna variazione delle prestazioni erogate e dei requisiti previsti;
- b. la Direzione Sanitaria resta affidata alla **dott./ssa SATTA Ersilia**, nata a San Giuseppe Vesuviano(Na) in data 01 gennaio 1973, Codice Fiscale STTRSL73A41H931L, Laureata in Medicina e Chirurgia, regolarmente iscritta all'Albo professionale dei Medici - Chirurghi della Provincia di Napoli, dal 18 luglio 2001, al n.29542, Specialista in Nefrologia, dal 08 febbraio 2013, Direttore Sanitario della struttura dal giorno 08/05/2014, dalla data della sua iscrizione all'Albo dei Medici non ha dato mai luogo a cause lesive della sua iscrizione all'albo medesimo;
- c. che pertanto non vi sono cause ostative;

**VISTO** il RD n. 1265 del 27/07/1934; **VISTO** il RD n. 145 del 28/01/1935;

**VISTO** il D.Lgs. n. 502 del 30.12.92 così come modificato dal D.Lgs. n. 229/99;

**VISTO** il D.Lgs. n. 230/95 così come modificato dal D.Lgs. n. 241/2000;

**VISTA** la Legge Regionale n.32/94;

**VISTO** il DPR del 14.01.97 recepito dalla regione Campania con delibera di GR n. 6181 del 31.07.97;

**VISTA** la Delibera di G.R. n.3958 del 07/08/01 così come modificata dalle successive modifiche in particolare delibera n. 7301 del 31/12/2001;

**VISTA** la relazione istruttoria curata dall'Ufficio SUAP Prot. n.595 del 31 ottobre 2015;

**VISTO** il Decreto del Sindaco Prot. n.35 del 09/11/2015;

## **A U T O R I Z Z A**

la **Società DIAL NEFRO Ambulatori di emodialisi srl** in persona **del nuovo Amministratore Delegato -Sig.ra CIRILLO Maria**, nata a Pompei, in data 13 settembre 1982 Cod. Fiscale CRLMRA82P53G813L, ed Ivi residente in Via Colle San Bartolomeo, n.civ. 13, presso i locali siti in Via Petrone n. 28 di Nocera Superiore, a condizione che rispetti le prescrizioni impartite con



# COMUNE DI NOCERA SUPERIORE

(Prov. di Salerno)

UFFICIO SUAP

parere 1430/02 DIP dalla commissione costituita ai sensi della delibera di GR della Campania n. 3958/01, nonché a quanto previsto dalla normativa di settore in vigore.

**Si conferma la Direzione Sanitaria** della struttura affidata alla **dott./ssa SATTA Ersilia**, nata a San Giuseppe Vesuviano(Na) in data 01 gennaio 1973 Cod. Fiscale STTRSL73A41H931L, iscritta all'Ordine dei Medici -Chirurgici della Provincia di Napoli- dal 18 luglio 2001, al n. 29542, specialista in nefrologia dal 08/02/2013 , in conformità al D. Lgs.vo n° 257/91 e successivo D./Lgs. n° 368/99.

Copia del presente provvedimento sarà trasmesso alla Direzione Generale dell'ASL SA/1 di Nocera Inferiore, alla Regione Campania - Assessorato alla Sanità - Settore Programmazione Sanitaria.

Nocera Superiore, lì

**Il Resp./le AREA**

**Urbanistica SUAP E C**

*Arch. A. D'Amico.*





# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA Urbanistica SUAP e. c.**

C.so G. Matteotti, 23 – 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547

**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 59**

## IL RESPONSABILE S.U.A.P.

**VISTA** l'istanza del Dott. **TORTORA Antonio**, nato a Nocera Superiore [sa] in data 05 febbraio 1944, Cod. Fisc-TRTNTN44B05F9L3P in qualità di Legale Rappresentante della Struttura Sanitaria denominata "**POLIDIAGNOSTICA ALFATERNA srl**" sita in Via San Clemente, n/civ.180 di questo comune, Part. IVA 03884810650, acquisita agli atti di Prot./llo Gen./le dell'Ente in data 02/07/2015 al n. 15653, tesa ad ottenere la fusione delle autorizzazioni:

-n 58 del 04/06/2015, avente ad oggetto l'esercizio di diagnostica per immagini a seguito di trasferimento dal comune di Albanella ai sensi della Delibera Giunta Regione Campania n.3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, rilasciata alla Struttura Sanitaria "Polidiagnostica Alfaterna srl", con sede in Nocera Superiore alla Via San Clemente n/civ. 180;

-n 2 del 28/01/2009 avente ad oggetto Laboratori generale di base con i settori specializzati A1(compresa tossicologia), A2; A3; rilasciata alla Struttura Sanitaria Ultrabios Srl, con sede in Nocera Superiore alla Via San Clemente n/civ. 180;

**VISTO** il nullaosta alla fusione della denominazione delle autorizzazioni delle società "Polidiagnostica Alfaterna s.r.l." e di "Ultrabios s.r.l." con l'unica denominazione di "Polidiagnostica Alfaterna s.r.l." con sede operativa in Via San Clemente, 180 di Nocera Superiore, per l'esercizio delle attività in regime ambulatoriale extraospedaliero di:

1. Laboratorio generale di base con settori specializzati di A1 (compresa tossicologia), A2; A3;
2. Radiodiagnostica per immagini;

rilasciato dall'AS.L.SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 07.07.2015 prot. N.145037, acquisito agli atti del Prot. Gen./le dell'Ente in data 07.07.2015 al n.0016111/2015;

**CONSIDERATO** che il legale rappresentante della "Polidiagnostica Alfaterna s.r.l." e della "Ultrabios s.r.l." è il Dott. Tortora Antonio nato a Nocera Superiore il 05.02.1944;

**VISTA** la Deliberazione Generale n. 1228 del 19.12.2014 di presa d'atto di cessione di Ramo d'azienda a favore della società Polidiagnostica Alfaterna s.r.l.

**VISTA** l'autorizzazione all'esercizio n. 58 del 04.06.2015 rilasciata alla società Polidiagnostica Alfaterna s.r.l. sita in via San Clemente, 180 per le prestazioni di Diagnostica per immagini;

**VISTO** che come unico Direttore Sanitario delle strutture Polidiagnostica Alfaterna s.r.l. e Ultrabios s.r.l. è stata individuata la Dott.ssa Martora Rosa nata il 18.10.1981 a Nocera Inferiore e residente in Pagani alla via Trotta n. 37, iscritta all'ordine dei medici e chirurghi della provincia di Salerno;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n.241 del 07.08.1990;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva DGR n.7301 del 31.7.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1.;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n.267 del 18.08.2000.

**VISTO** il Decreto del Sindaco n. 24 del 03/08/2015;

VISTA la relazione istruttoria n.487 del 20/08/2015;

## AUTORIZZA

**Dott. TORTORA Antonio**, nato a Nocera Superiore (sa) in data 05 febbraio 1944, Cod. Fisc-TRTNTN44B05F913P in qualità di Legale Rappresentante della Struttura Sanitaria denominata "POLIDIAGNOSTICA ALFATERNA srl" sita in Via San Clemente,180 di questo comune, Part. IVA 03884810650, all'esercizio dell'attività sanitaria in regime ambulatoriale extra ospedaliero delle prestazioni di :

- Laboratorio Generale di Base con i settori specializzati A1(compresa tossicologia) A2, A3;
- Radiodiagnostica per immagini;

Alle seguenti condizioni:

- Che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e /o regolamenti vigenti;
- Che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al dipartimento di Prevenzione dell'ASL SA di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio;
- Che con il rilascio della presente, s'intende annullata ogni altra precedente autorizzazione emessa a tale scopo, ed in particolare la n 58 del 04/06/2015 e la n. 2 del 28/01/2009, e che con cadenza triennale, il titolare/Leg. Rappre.te del Laboratorio deve inviare al comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti dalla DGRC n. 3958/01 e s.m.i.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata alla Dott/ssa Martora Rosa. nata il 18.10.1981 a Nocera Inferiore e residente in Pagani alla Via Trotta, 37 iscritta all'Ordine dei Medici e degli e Chirurghi della Provincia di Salerno al n. 9585, per prestazioni in regime ambulatoriale extraospedaliero.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 03/08/1999 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/L di Nocera Inferiore.  
Nocera Superiore, 20 agosto 2015.

**Il Resp.le Area Urbanistica  
SUAP E C**

*Arch. A. D'Amico*





# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA Urbanistica SUAP e. c.**

C.so G. Matteotti, 23 – 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547

**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 58**

**IL RESPONSABILE S.U.A.P.**

**VISTA** l'istanza del Dott. **TORTORA Antonio**, nato a Nocera Superiore (sa) in data 05 febbraio 1944, Cod. Fisc-TRTNTN44B05F913P in qualità di Legale Rappresentante della Struttura Sanitaria denominata "**POLIDIAGNOSTICA ALFATERNA srl**" sita in Via San Clemente,180 di questo comune, Part. IVA 03884810650, acquisita agli atti di Prot./llo Gen./le dell'Ente in data 20/05/2015 al n.11568, tesa ad ottenere il rilascio di **Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria** in regime ambulatoriale extra ospedaliero delle prestazioni di Diagnostica per immagini a seguito di trasferimento dal comune di Albanella (sa), ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** il parere favorevole al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria all'esercizio espresso dall'AS.L.SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 03.06.2015 prot. n° P.G.1203230, acquisito agli atti del Prot. Gen/le dell'Ente in data 04.06.2015 al n.12764 che qui s'intende integralmente trascritto;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**VISTO** il Decreto del Sindaco Prot. n.31 del 23/10/2014;

**VISTA** la relazione istruttoria n 349 del 04/06/2015;

## **AUTORIZZA**

**Dott.TORTORA Antonio**, nato a Nocera Superiore (sa) in data 05 febbraio 1944, Cod. Fisc-TRTNTN44B05F913P in qualità di Legale Rappresentante della Struttura Sanitaria denominata "**POLIDIAGNOSTICA ALFATERNA srl**" sita in Via San Clemente,180 di questo comune, Part. IVA 03884810650, **all'esercizio dell'attività sanitaria** in regime ambulatoriale extra ospedaliero delle prestazioni di Diagnostica per immagini a seguito di trasferimento dal comune di Albanella (sa) alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio;
- che con il rilascio della presente, s'intende annullata ogni altra precedente autorizzazione emessa a tale scopo e che con cadenza triennale, il titolare/Leg. Rappre.te del Laboratorio deve inviare al comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti dalla DGRC n. 3958/01 e s.m.i.

**La Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata alla **Dott./ssa Martora Rosa**, nata il 18.10.1981 a Nocera Inferiore e residente in Pagani alla Via Trotta, 37 iscritta all'Ordine dei Medici e degli e Chirurghi della Provincia di Salerno al n. 9585, per prestazioni in regime ambulatoriale extraospedaliero.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;

Nocera Superiore 04 giugno 2015

**Il Responsabile S.U.A.P.**

Arch. F. Manzo



# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA Assetto del Territorio SUAP**

C.so G. Matteotti, 23 - 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547



**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 57**

**IL RESPONSABILE S.U.A.P.**

**VISTA** l'istanza del Dott. **SCARANO Raffaele**, nato a Nocera Superiore (sa) in data 06/11/1972, ed Ivi residente alla Via G. Mazzini, 33 Codice Fiscale-SCRRFL72S06F913N Part. IVA 05286350656 in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata Studio Dentistico Dott. Scarano Raffaele, con sede in Via S. Maria Maggiore, 98 di questo comune, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 19/12/2014 al n.27033 tesa ad ottenere il rilascio di **Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria** o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche ambulatoriali in Via S. Maria Maggiore, 98 di questo Comune, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** il parere favorevole al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria all'esercizio espresso dall'AS.L.SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958 del 28.01.2015-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 16.03.2015 prot.n.60807, acquisito agli atti del Prot. Gen/le dell'Ente in data 03/06/2015 al n. 12636;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n. 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**VISTO** il Decreto del Sindaco Prot. n.13 del 02/04/2015;

**VISTA** la relazione istruttoria n. 348 del 03/06/2015;

## **AUTORIZZA**

Dott. **SCARANO Raffaele**, nato a Nocera Superiore (sa) in data 06/11/1972, ed Ivi residente alla Via G.Mazzini, 33 Codice Fiscale-SCRRFL72S06F913N Part. IVA 05286350656 in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata **Studio Dentistico Dott. Scarano Raffaele**, con sede in Via S. Maria Maggiore, 98, all'**esercizio** dell'attività sanitaria o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche, alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio;
- che dopo il rilascio della presente, con cadenza triennale, il titolare dello studio deve inviare al comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti dalla DGRC n. 3958/01 e s.m.i.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata allo stesso **Dott. Scarano Raffaele**, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno al n. 1140 dal 27.02.2014, per le prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;

Nocera Superiore 03 GIU, 2015





# Comune di Nocera Sup

(Provincia di Salerno)

AREA Assetto del Territorio SUAP e. c.

C.so G. Matteotti, 23 - 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547

AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 56

IL RESPONSABILE S.U.A.P.



VISTA l'istanza del Dott. **Petrone Cristiano**, nato a Nocera Inferiore (sa) in data 29/07/1983, ed Ivi residente alla Via G. Castriota, 15, Codice Fiscale-PTRCST83L29F9120 Part. IVA 04882940655 in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata Studio Odontoiatrico Dott. Petrone Cristiano, con sede in Via Portaromana, 183 di questo comune, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 22/12/2014 al n.27109, tesa ad ottenere il rilascio di **Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria** o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche ambulatoriali in Via Portaromana, 183 di questo Comune, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001;

VISTO il parere favorevole al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria all'esercizio espresso dall'AS.L.SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958 del 28.01.2015-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 27.01.2015 prot.n.21278, acquisito agli atti del Prot. Gen/le dell'Ente in data 30.01.2015 al n.2333;

RITENUTO che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

VISTA la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

VISTO l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

VISTO l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

VISTO il Decreto del Sindaco Prot. n.31 del 23/10/2014;

VISTA la relazione istruttoria n 88 del 02/02/2015;

## AUTORIZZA

Dott. **Petrone Cristiano**, nato a Nocera Inferiore (sa) in data 29/07/1983, ed Ivi residente alla Via G. Castriota, 15, Codice Fiscale-PTRCST83L29F9120 Part. IVA 04882940655 in qualità di titolare della struttura sanitaria denominata Studio Odontoiatrico Dott. Petrone Cristiano, con sede in Via Portaromana,183, all'**esercizio** dell'attività sanitaria o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche, alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio;
- che dopo il rilascio della presente, con cadenza triennale, il titolare dello studio deve inviare al comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti dalla DGRC n. 3958/01 e s.m.i.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata allo stesso **Dott. Petrone Cristiano**, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno al n. 1049 dal 17.12.2010, per le prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;

Nocera Superiore 03 febbraio 2015

Il Responsabile S.U.A.P.  
Arch. F. Manzo





# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA Assetto del Territorio SUAP e. c.**

C.so G. Matteotti, 23 – 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547

Nocera Superiore,

**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 55**

**IL RESPONSABILE S.U.A.P.**



**VISTA** l'istanza del Sig. **LAMBIASE GUIDO**, nato a Nocera Superiore (Sa) in data 20/09/1975, Cod. Fiscale. LMBGDU75P20F913H, Part. IVA 04103830651 in qualità di legale rappresentante del **Centro Odontoiatrico Nocerino Snc** con studio in Via Pecorari, 5 di questo comune, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 23/09/2014 al n.18129, tesa ad ottenere il rilascio di **Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria** o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche in Via Pecorari, 5 di questo Comune, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** il parere favorevole al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria all'esercizio espresso dall'AS.L.SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958 del 07.08.2001-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 17.10.2014 prot.n.178604, acquisito agli atti del Prot. Gen/le dell'Ente in data 17.10.2014 al n. 20575;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTA** l'Autorizzazione Sanitaria N. 54 del 19 settembre 2014 rilasciata da quest'Ente che qui s'intende integralmente riportata;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n. 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**VISTA** la relazione istruttoria

## AUTORIZZA

Sig. **LAMBIASE GUIDO**, nato a Nocera Superiore (Sa) in data 20/09/1975, Cod. Fiscale. LMBGDU75P20F913H, Part. IVA 04103830651 in qualità di legale rappresentante del **Centro Odontoiatrico Nocerino Snc** con studio in Via Pecorari, 5 di questo comune, all'**esercizio** dell'attività sanitaria o socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche, alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

**La Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata allo stesso Dottor **PICCINI Alessandro**, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno al n. 671 dal 20.12.2000, per le prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;

Nocera Superiore 23 ottobre 2014

Il Responsabile S.U.A.P.

Arch. F. Manzo





# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA Assetto del Territorio SUAP e. c.**

C.so G. Matteotti, 23 - 84015 Nocera Superiore (SA)

Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547

Nocera Superiore, 19 SET. 2014

**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 54**



## IL RESPONSABILE S.U.A.P.

**VISTA** l'istanza del Sig. **LAMBIASE GUIDO**, nato a Nocera Superiore (Sa) in data 20/09/1975, Cod. Fiscale. LMBGDU75P20F913H, Part. IVA 04103830651 in qualità di legale rappresentante del **Centro Odontoiatrico Nocerino Snc** con studio in Via Pecorari, 5 di questo comune, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 16/06/2014 al n.11326, tesa ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria al trasferimento da Via Spagnuolo 3 a Via Pecorari, 5 ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche nei locali siti in Via Pecorari, 5, di questo Comune;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTO** il **parere favorevole** al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria espresso dall'ASL SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958 del 07.08.2001-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 23.07.2014 prot.n.125300, acquisito agli atti del prot. gen/le dell'Ente in data 23.07.2014 al n. 13892;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTI** gli esiti degli accertamenti eseguiti dal:

- Comando di PL, acquisti agli atti del Prot. al n.2370/PL/14 del 05/08/2014;
- Tribunale di Nocera Inferiore del Casellario Giudiziale, e Carichi Pendenti, inviati in data 25/06/2014;
- Area Assetto del Territorio Ecologia e SUAP Area Tecnica del 05/08/2014;
- Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Prov. di Salerno, assunto agli atti di quest'Ufficio in data 30/06/2014 a mezzo fax ricevuto dal quale si evince l'iscrizione;

**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n. 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

**VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n. 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

## AUTORIZZA

Sig. **LAMBIASE GUIDO**, nato a Nocera Superiore (Sa) in data 20/09/1975, Cod. Fiscale. LMBGDU75P20F913H, Part. IVA 04103830651 in qualità di legale rappresentante del **Centro Odontoiatrico Nocerino Snc** con studio in Via Pecorari, 5 di questo comune, al trasferimento da Via Spagnuolo, 3 a Via Pecorari, 5 all'esercizio delle Prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero, alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'ASL SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata allo stesso Dottor **PICCININI Alessandro**, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno al n. 671 dal 20.12.2000.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;

Nocera Superiore 19 SET. 2014



Responsabile S.U.A.P.



# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA Assetto del Territorio SUAP**

C.so G. Matteotti, 23 – 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547

Nocera Superiore, 8 maggio 2014

N. 53



## IL RESPONSABILE DELL'AREA

**VISTA** l'istanza dell'Amministratore della **Società DIAL NEFRO Ambulatori di emodialisi srl** dott. BIANCHI Lorenzo, nato a Napoli, in data 08 giugno 1967 Cod. Fiscale BNCLNZ67H08F839Y, residente in Napoli alla Via G. Martucci, n.civ. 35, acquisita agli dell'Ente in data 12 luglio 2013 al n. 15662, relativa alla comunicazione di aggiornamento del Decreto Autorizzativo per cambio del Legale Rappresentante e del Direttore Responsabile Nefrologo della struttura sopra indicata con sede nei locali posti in questo Comune in Via Petrone n. 28;

**VISTA** la nota P.G. n.60661 del 16.04.2014, acquisita agli atti di quest'Ente in data 08.05.2014 al n.8899, con cui l'Azienda Sanitaria Locale SA- Dipartimento di Prevenzione-trasmetteva il Nulla Osta alla suindicata variazione ai fini dell'aggiornamento dell'atto autorizzativo n° 05 del 07 luglio 2008, rilasciato da codesto comune per l'esercizio di ambulatorio di emodialisi extraospedaliera;

**VISTO** il Certificato rilasciato dall'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Napoli, Prot. n° 2077 del 07 marzo 2014, attestante che la **dott./ssa SATTA Ersilia**, nata a San Giuseppe Vesuviano(Na) in data 01 gennaio 1973 Cod. Fiscale STTRSL73A41H931L:

- È Laureata in Medicina e Chirurgia;
- È Regularmente iscritta all'Albo professionale dei Medici - Chirurghi della Provincia di Napoli, dal 18 luglio 2001, al n. 29542;
- E' specialista in Nefrologia, dal 08 febbraio 2013, Direttore Sanitario della struttura;
- Dalla data della sua iscrizione all'Albo dei Medici non ha dato mai luogo a cause lesive della sua iscrizione all'albo medesimo.

**CONSIDERATO** che non vi sono cause ostative;

**VISTO** il RD n. 1265 del 27/07/1934; Visto il RD n. 145 del 28/01/1935;

**VISTO** il D.Lgs. n. 502 del 30.12.92 così come modificato dal D.Lgs. n. 229/99;

**VISTO** il D.Lgs. n. 230/95 così come modificato dal D.Lgs. n. 241/2000;

**VISTA** la legge regionale n. 13/85; Vista la legge regionale n. 32/94;

**VISTO** il DPR del 14.01.97 recepito dalla regione Campania con delibera di GR n. 6181 del 31.07.97;

**VISTA** la delibera di GR n.3958 del 07/08/01 così come modificata dalle successive modifiche in particolare delibera n. 7301 del 31/12/2001;



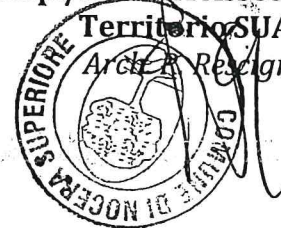
## AUTORIZZA

la Società **DIAL NEFRO Ambulatori** di emodialisi srl in persona dell'Amministratore dott. **BIANCHI Lorenzo**, nato a Napoli, in data 08 giugno 1967 Cod. Fiscale **BNCLNZ67H08F839Y**, residente in Napoli alla Via G. Martucci, n.civ.35 alla **SOSTITUZIONE del Direttore Sanitario** presso i locali siti in Via Petrone n. 28 di Nocera Superiore, a condizione che rispetti le prescrizioni impartite con parere 1430/02 DIP dalla commissione costituita ai sensi della delibera di GR della Campania n. 3958/01, nonché a quanto previsto dalla normativa di settore in vigore.

La nuova Direzione Sanitaria della struttura è affidata **dott./ssa SATTA Ersilia**, nata a San Giuseppe Vesuviano(Na) in data 01 gennaio 1973 Cod. Fiscale **STTRSL73A41H931L**, iscritta all'Ordine dei Medici -Chirurgici della Provincia di Napoli- dal 18 luglio 2001, al n. 29542, specialista in nefrologia dal 08/02/2013 , in conformità al D. Lgs.vo n° 257/91 e successivo D./Lgs. n° 368/99.

Copia del presente provvedimento sarà trasmesso alla Direzione Generale dell'ASL SA/1 di Nocera Inferiore, alla Regione Campania - Assessorato alla Sanità - Settore Programmazione Sanitaria.

Il Resp./le **AREA Assetto del Territorio SUAP E C**  
Arch. *Rescigno*.





# Comune di Nocera Superiore

(Provincia di Salerno)

**AREA Assetto del Territorio SUAP e. c.**

C.so G. Matteotti, 23 - 84015 Nocera Superiore (SA)  
Tel. 081-5169237 Fax 081-5145547

Nocera Superiore,

## AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 52

### IL RESPONSABILE S.U.A.P.

**VISTA** l'istanza del Dott. **APICELLA Vincenzo**, nato a Salerno (Sa) in data 28/01/1956, Cod. Fiscale PCLVNC56A28H703Q, in qualità di titolare dello studio odontoiatrico omonimo con esercizio in Via del Pastino, 6 di questo comune, acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 17/02/2010 al n. 3496, tesa ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, all'esercizio di una struttura sanitaria di nuova realizzazione per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche nei locali siti in Via DEL PASTINO, 6, di questo Comune;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTO** il **parere favorevole** al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria espresso dall'AS.L.SA1- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958 del 07.08.2001-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 15.01.2014 prot.n.5773/DIP. acquisito agli atti del prot. gen/le dell'Ente in data 15.01.2014 al n. 598;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTI** gli esiti degli accertamenti eseguiti dal:

- Comando di PL, acquisti agli atti del Prot. al n.68 del 13/03/2014;
- Tribunale di Nocera Inferiore del Casellario Giudiziale, e Carichi Pendenti, inviati in data 03/02/2014;
- Area Assetto del Territorio Ecologia e SUAP Area Tecnica del 16/04/2014;
- Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Prov. di Salerno, assunto agli atti di quest'Ufficio in data 17/02/2014 a mezzo fax ricevuto dal quale si evince l'iscrizione;

**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n. 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

**VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

### AUTORIZZA

Il **Dottor APICELLA Vincenzo**, nato a Salerno (Sa) in data 28/01/1956, Cod. Fiscale-PCLVNC56A28H703Q, in qualità di titolare dello studio odontoiatrico omonimo con esercizio in Via del Pastino, 6 di questo comune, all'esercizio delle Prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero, alle seguenti condizioni:

che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;

che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata allo stesso Dottor **APICELLA Vincenzo**, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno al n. 492 dal 27.06.1995.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
- Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Programmazione Sanitaria;
- Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Finanza e Tributi;

Nocera Superiore

30 APR. 2014

Il Responsabile S.U.A.P.  
Arch. Rodolfo Rescigno





# COMUNE DI NOCERA SUPERIORE

(Prov. di Salerno)

Codice Fiscale 00231450651 - tel. 081/ 51692224 - Fax 081/ 5143532



**AUTORIZZAZIONE all'esercizio di Str. SANITARIA N. 15 del 10/07/2013**  
Reg. Eserc. Prof. Sanit. N. 51 del 10/07/2013

## IL RESPONSABILE

**VISTA** l'istanza delle Sig./re **MAGGIORA ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore (Sa), Cod.Fisc.-MGGNDD82B60Z307J, e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07 ottobre 1972 residente in Trecase (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc.CSTRST72R47F839Z entrambe in qualità di Legali Rappresentanti della Società CHECK-UP ANALISI CLINICHE DI MAGGIORA ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO E CASTALDO ROSITA & C. SAS, sita in Via Pecorari, 9/11 acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 28 settembre 2012 Prot.n.19248, avente ad oggetto richiesta di autorizzazione per l'esercizio Settore Genetica (A6), nei locali siti in Via Pecorari, 9/11 di questo Comune;

**VISTE** le integrazioni prodotte dalla Società in data 11 aprile 2013 Prot. Gen.le n.7804, a seguito di comunicazione ASL Salerno del 21 febbraio 2013 Prot. 464, assunto al Prot. Gen.le di quest'Ente in data 06/03/2013 al N 4869;

**TENUTO CONTO** che la struttura ha in dotazione attrezzature per lo svolgimento delle metodiche di Tossicologia e PCR, secondo le prescrizioni della Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001;

**CONSIDERANDO** che la parte ha dichiarato che non intervengono modifiche strutturali dell'immobile e/o degli impianti, essendo stati già predisposti in fase di realizzazione della struttura sanitaria

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTI** i precedenti parere favorevole espressi dall'ASL che qui s'intendono integralmente riportati;

**VISTO** il parere favorevole Prot. n.1743/DIP del 03/07/2013, espresso dall'ASL Salerno-Dipartimento di Prevenzione ex ASL SA1, Commissione DGRC n°3958 del 07/08/2001, a firma del Dott. M.R.Capone, avente ad oggetto il rilascio di parere favorevole al rilascio di autorizzazione all'esercizio della struttura sanitaria per l'erogazione, in regime ambulatoriale extraospedaliero, di prestazioni di laboratorio generale di base con settori specializzati di:

- a1 - chimica clinica e tossicologia
- a2 - microbiologia e sieroimmunologia comprensiva di metodica PCR
- a6 (genetica) con esclusione della metodica RIA;

**VISTO** che la Direzione Sanitaria della Struttura del Laboratorio sito in Via Pecorari snc, rimane confermata al Dott. **CASTALDO Antonio** nato a Striano (Na) il 21/12/1965, residente a Sarno alla Via Roma, n./civ.67, è iscritto all'Ordine dei Biologi della Prov. di Salerno al n° 045456 dal 15/07/1996;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

**VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva DG Rn 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

## AUTORIZZA

la **Società CHECK-UP ANALISI CLINICHE DI MAGGIORA ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO E CASTALDO ROSITA & C. SAS**, sita in Via Pecorari, 9/11 in persona dei suoi legali rapp. p.t., Sig./ra **MAGGIORE ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore(Sa), Cod.Fisc.-MGGNDD82B60Z307], e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07 ottobre 1972, residente in Tre case (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc.CSTRST72R47F839Z, "**all'esercizio**" di una struttura sanitaria per l'erogazione, in regime ambulatoriale extraospedaliero di Laboratorio generale di base:

- a1 - chimica clinica e tossicologia
- a2 - microbiologia e sieroinmunologia comprensiva di metodica PCR
- a6 (genetica) con esclusione della metodica RIA.

Si rappresentano infine le seguenti prescrizioni:

1. che devono essere richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
2. che qualsiasi variazione sia comunicata al Dipartimento di Prevenzione,
3. che l'autorizzazione rilasciata a seguito del presente parere annulla e sostituisce tutte le precedenti autorizzazioni

La presente autorizzazione integra la n. 12 del 11/07/2012:

1. Sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:
  - Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Programmazione Sanitaria;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Finanza e Tributi;

**Nocera Superiore 10 luglio 2013.**

Il RESP./le PL SUAP

Ten. Col. G. Vitolo.





# COMUNE DI NOCERA SUPERIORE

(Prov. di Salerno)

Codice Fiscale 00231450651 - tel. 081/ 51692224 - Fax 081/ 5143532

**AUTORIZZAZIONE all'esercizio di Str. SANITARIA N. 12 del 11/07/2012**  
Reg. Eserc. Prof. Sanit. N. 50 del 11/07/2012

## IL RESPONSABILE

**VISTA** l'istanza delle Sig./re **MAGGIORA ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore (Sa) Cod.Fisc.-MGGNDD82B60Z307J, e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07 ottobre 1972 residente in Trecase (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc.CSTRST72R47F839Z entrambe in qualità di Legali Rappresentanti della Società CHECK-UP ANALISI CLINICHE DI MAGGIORA ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO E CASTALDO ROSITA & C. SAS, sita in Via Pecorari, 9/11 acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 30 dicembre 2011 al n. 25093, tesa a comunicare l'attivazione metodiche di Tossicologia (A1) e PCR, nei locali siti in Via Pecorari, 9/11 di questo Comune;

**TENUTO CONTO** che la struttura ha in dotazione attrezzature per lo svolgimento delle metodiche di Tossicologia e PCR, secondo le prescrizioni della Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001;

**CONSIDERANDO** che la parte ha dichiarato che non intervengono modifiche strutturali dell'immobile e/o degli impianti, essendo stati già predisposti in fase di realizzazione della struttura sanitaria

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTO** il parere favorevole Prot. n.2047 DIP del 27/06/2012, espresso dall'ASL Salerno-Dipartimento di Prevenzione ex ASL SA1, Commissione DGRC n°3958 del 07/08/2001, a firma del Dott. R. Capone, avente ad oggetto il rilascio di parere favorevole al rilascio di autorizzazione all'esercizio della struttura sanitaria per l'erogazione, in regime ambulatoriale extraospedaliero, di prestazioni di laboratorio generale di base con settori specializzati di:

- a1 - chimica clinica e tossicologia
- a2 - microbiologia e sieroinmunologia comprensiva di metodica PCR (con esclusione della metodica RIA);

**VISTO** che la Direzione Sanitaria della Struttura del Laboratorio sito in Via Pecorari snc, rimane confermata al Dott. **CASTALDO Antonio** nato a Striano (Na) il 21/12/1965, residente a Sarno alla Via Roma, n./civ.67, è iscritto all'Ordine dei Biologi della Prov. di Salerno al n° 045456 dal 15/07/1996;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n. 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

**VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

VISTA la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva  
DGR n 7301 del 31.12.2001;  
VISTO l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;  
VISTO l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n.267 del 18.08.2000:

## AUTORIZZA

la Società **CHECK-UP ANALISI CLINICHE DI MAGGIORA ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO E CASTALDO ROSITA & C. SAS**, sita in Via Pecorari, 9/11 in persona dei suoi legali rapp.ti p.t., Sig./ra **MAGGIORE ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore(Sa), Cod.Fisc.-MGGNDD82B60Z307J, e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07ottobre 1972, residente in Trecase (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc.CSTRST72R47F839Z, "all'esercizio" di una struttura sanitaria per l'erogazione, in regime ambulatoriale extraospedaliero di Laboratorio generale di base:

- a1 - chimica clinica e tossicologia
- a2 - microbiologia e sieroinmunologia comprensiva di metodica PCR ( con esclusione della metodica RIA).

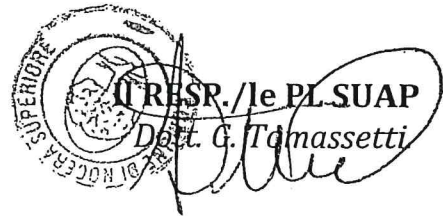
Si rappresentano infine le seguenti prescrizioni:

1. che devono essere richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
2. che qualsiasi variazione sia comunicata al Dipartimento di Prevenzione,
3. che l'autorizzazione rilasciata a seguito del presente parere annulla e sostituisce tutte le precedenti autorizzazioni

La presente autorizzazione integra la n 2/11 del 18/04/2011:

1. Sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:
  - Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Programmazione Sanitaria;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Finanza e Tributi;

**Nocera Superiore 11 luglio 2012.**





# COMUNE DI NOCERA SUPERIORE

(Prov. di Salerno)

Codice Fiscale 00231450651 - tel. 081/ 51692224 - Fax 081/ 5143

**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 04/11 del 26/08/2011**

**Reg. Eserc. Prof. Sanit. N. 49 del 26/08/2011**

prot. n. 17317  
4 SET. 2011

IL RESPONSABILE



**VISTA** l'istanza del **Sig. BUGLIONE Nicola**, nato a Nocera Superiore (SA) il 18 febbraio 1963, ed Ivi residente alla Via V. Russo, 67, Cod. Fisc. - BGLNCL63B18F913H, in qualità di Legale Rappresentante del Centro Odontoiatrico New Dent Sas di Buglione Nicola, sito in Via JF Kennedy, n/civ.8 acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 19 gennaio 2005 al n.921, tesa ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, all'esercizio di una struttura sanitaria di nuova realizzazione per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche nei locali siti in Via J.F.Kennedy, n/civ.8 di questo Comune;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTA** la Comunicazione inviata all'ASL SA/1 per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria di nuova realizzazione destinata alla erogazione di prestazioni Sanitarie e/o socio Sanitarie in Via Vincenzo Russo, n/civ. 117, inoltrata da quest'Ufficio in data 23 novembre 2010 n° 24125;

**VISTO** il parere favorevole all'esercizio delle attività sanitarie dell'Autorizzazione Sanitaria espresso dall'AS.L.SA- Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 27/07/2007 Prot.n.2022/DIP. acquisito agli atti del Prot. Gen./le dell'Ente in data 02 agosto 2007 prot.n.13744;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTO** il conferimento dell'incarico del 04 maggio 2011, di Direttore Sanitario della Struttura al dott. Bottone Giuseppe, nato a Scafati il 31 maggio 1958 ed Ivi residente alla Via E. De Filippo, 7.

**ACCLARATO** che il **Dott. Bottone Giuseppe**, in qualità di Direttore Sanitario dello Studio medico odontoiatrico, sito in Via Kennedy, n/civ.8 come meglio sopra generalizzato è iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n° 706 dal 18/12/2002;

**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

**VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3 ;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

## AUTORIZZA

Il **Sig. BUGLIONE Nicola**, nato a Nocera Superiore (SA) il 18 febbraio 1963, ed Ivi residente alla Via V. Russo, 67, Cod.Fisc.-BGLNCL63B18F913H, in qualità di Legale Rappresentante del Centro Odontoiatrico New Dent Sas di Buglione Nicola, sito in Via Via JF Kennedy, n/civ.8, all'esercizio delle **Prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero**, alle seguenti condizioni:

- che venga esercitata nei giorni martedì e venerdì dalle ore 15.00 alle ore 19.30;
- che sia sempre presente il Direttore Sanitario responsabile;
- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata al Dottor **Bottone Giuseppe**, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n° 706 dal 18/12/2002, si precisa che l'attività odontoiatrica viene esercitata nei giorni martedì e venerdì dalle ore 15.00 alle ore 19.30.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
- Al Resp.le Area Vigilanza.

**Nocera Superiore 26/08/2011.**

Il Resp./le SUAP  
(Rag. S. Di Loreto.)





# COMUNE DI NOCERA SUPERIORE

(Prov. di Salerno)

Codice Fiscale 00231450651 - tel. 081/ 51692224 - Fax 081/ 5143532

**AUTORIZZAZIONE SANITARIA N. 03/11 del 20/05/2011**

**Reg. Eserc. Prof. Sanit. N. 48 del 20/05/2011**

## IL RESPONSABILE

**VISTA** l'istanza del **Dott. VILLANI Angelo**, nato a San Marzano Sul Sarno (SA) il 27 agosto 1956, e residente alla Via Delle Querce, 7, di Salerno, Cod.Fisc.-VLLNGL56M27I019V, in qualità di titolare dello Studio Medico Odontoiatrico, sito in Via Vincenzo Russo, n/civ. 117 acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 09 luglio 2010 al n.14518, tesa ad integrare la richiesta di rilascio di Autorizzazione Sanitaria, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, all'esercizio di una struttura sanitaria di nuova realizzazione per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche nei locali siti in Via Vincenzo Russo, n/civ. 117 di questo Comune;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTA** la Comunicazione inviata all'ASL SA/1 per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio-sanitaria di nuova realizzazione destinata alla erogazione di prestazioni Sanitarie e/o socio Sanitarie in Via Vincenzo Russo, n/civ. 117, inoltrata da quest'Ufficio in data 23 novembre 2010 n° 24125;

**VISTO** il parere favorevole al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria espresso dall'AS.L.SA-Dipartimento di Prevenzione-Commissione D.G.R.C.3958 del 07.08.2001-Distretto Sanitario di Nocera Inferiore, del 20 aprile 2011 prot.n.1199/DIP. acquisito agli atti del prot. gen/le dell'Ente in data 05 maggio 2011 prot.n.522;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**ACCLARATO** che il **Dott. VILLANI Angelo**, in qualità di titolare dello Studio medico odontoiatrico, sito in Via Vincenzo Russo, n/civ. 117 come meglio sopra generalizzato è iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno al n° 1035 dal 22/06/2010;

**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

**VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3 ;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 cos' come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

## AUTORIZZA

Il **Dott. VILLANI Angelo**, nato a San Marzano Sul Sarno (SA) il 27 agosto 1956, e residente alla Via Delle Querce, 7, di Salerno, Cod.Fisc.-VLLNGL56M27I019V,, in qualità di titolare dello Studio medico odontoiatrico, sito in Via Vincenzo Russo, n/civ.117, all'esercizio delle **Prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale extraospedaliero**, alle seguenti condizioni:

- che siano richieste ed ottenute le eventuali ulteriori autorizzazioni o certificazioni previste da leggi e/o regolamenti vigenti;
- che qualsiasi variazione sia comunicata immediatamente al Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. SA1 di Nocera Inferiore e che entro il 30 marzo di ogni anno sia inviato l'elenco del personale in servizio.

La **Direzione Sanitaria** della Struttura è affidata allo stesso Dottor **VILLANI Angelo**, iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di Salerno al n° 1035 dal 22/06/2010.

La presente **AUTORIZZAZIONE** sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:

- Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
- Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Programmazione Sanitaria;
- Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Finanza e Tributi;

**Nocera Superiore 20/05/2011.**



Il Resp. le SUAP  
(Rag. S. Di Loreto.)



# COMUNE DI NOCERA SUPERIORE

(Prov. di Salerno)

Codice Fiscale 00231450651 - tel. 081/ 51692224 - Fax 081/ 5143532



**AUTORIZZAZIONE all'esercizio di Str. SANITARIA N. 02/11 del 18/04/2011**  
Reg. Eserc. Prof. Sanit. N. 47 del 18/04/2011

## IL RESPONSABILE

**VISTA** l'istanza delle Sig./re **MAGGIORA ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore (Sa), Cod. Fisc. -MGGNDD82B60Z307J, e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07 ottobre 1972 residente in Trecase (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc. CSTRST72R47F839Z entrambe in qualità di Legali Rappresentanti della Società **CHECK-UP ANALISI CLINICHE DI MAGGIORA ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO, CASTALDO ROSITA & C. SAS**, sita in Via Pecorari, snc acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 15 dicembre 2008 al n. 25415, tesa ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria alla realizzazione, ai sensi della Delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, al trasferimento dal comune di Angri al comune di Nocera Superiore dell'esercizio di una struttura sanitaria per l'erogazione di prestazioni di Medicina di laboratorio Generale di Base, con settori specializzati di Chimica Clinica (con esclusione della tossicologia) Microbiologia e Sieroimmunologia, con esclusione di metodiche RIA e PCR, in regime ambulatoriale extraospedaliero, nei locali siti in Via Pecorari, snc di questo Comune;

**VISTA** la nota del 18 aprile 2011 acquisita al Prot. Gen.le di quest'Ente n 7206;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTO** il parere favorevole definitivo alla realizzazione, per trasferimento dal Comune di Angri (sa), Via Arnedi, n. 14/20 al Comune di Nocera Superiore (sa), alla Via Pecorari snc, espresso della Commissione Regionale ex d.g.r.c. n.723/02, D.G.L./vo n.229/99 Area Generale di Coordinamento Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli organi Istituzionali delle AA.SS.LL.OO. settore Programmazione- del 23.12.2009-prot.n.2009.1110407, acquisito agli atti del prot. gen/le dell'Ente in data 4 gennaio 2010 al n.057;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTO** il parere espresso dall'Ufficio Tecnico Area Assetto del Territorio, Prot. n°15433 del 22 luglio 2010, con il quale .....*si precisa che il cambio di destinazione d'uso, da commercio ad ufficio, risulta compatibile atteso che l'immobile ricade in zona omogenea "B2" del PRG vigente;*

**VISTO** l'Attestato di intervenuta agibilità/abitabilità, con esclusione di tutti i sottotetti al piano terzo, a partire dalla data 22.08.2008 del complesso immobiliare sito alla Via Pecorari, del 15 dicembre 2010, a firma del Resp.le Area Ing. C. Avagliano, pervenuto agli atti di quest'Ufficio con Prot. Gen.le n. 25978 del 23/12/2010;

**VISTA** l'Autorizzazione alla realizzazione di Str. Sanitaria n08/11 del 19/01/2011, rilasciata da quaest'Ente;

**VISTO** che il Dott. **CASTALDO Antonio** in qualità di Direttore Tecnico del Laboratorio sito in Via Pecorari snc. nato a Striano (Na) il 21/12/1965, residente a Sarno alla Via Roma, n./civ.67 è iscritto all'Ordine Nazionale dei Biologi al n° 045456 dal 15/07/1996;

**VISTO** il parere favorevole Prot. n.1043/Dip del 06/04/2011, espresso dall'ASL Salerno-Dipartimento di Prevenzione ex ASL SA1, Commissione DGRC n°3958 del 07/08/2001, Presieduta dal Dott. M.R. Capone, avente ad oggetto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio

della struttura sanitaria per l'erogazione, in regime ambulatoriale extraospedaliero, di prestazioni di:

Laboratorio generale di base

- Settore a.1 chimica clinica (con esclusione della Tossicologia),
- Settore a.2 microbiologia, sierologia;
- Sono escluse le metodiche PCR e RIA

acquisito agli atti del Prot. Gen.le di quest'Ente in data 06 aprile 2011 n° 6350;

VISTO il R.D. del 27.07.1934 n 1265;

VISTO il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

VISTO il D.P.C.M. del 10.02.1984;

VISTO il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

VISTO il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

VISTA la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;

VISTO la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

VISTO il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

VISTA la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

VISTO l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

VISTO l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

## AUTORIZZA

la Società **CHECK-UP ANALISI CLINICHE DI MAGGIORA ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO, CASTALDO ROSITA & C. SAS**, sita in Via Pecorari, n/civ.9/11, in persona dei suoi legali rapp.ti p.t., Sig./ra **MAGGIORA ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore(Sa), Cod.Fisc.-MGGNDD82B60Z307J, e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07 ottobre 1972, residente in Trecase (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc.-CSTRST72R47F839Z, "all'esercizio" di una struttura sanitaria per l'erogazione, in regime ambulatoriale extraospedaliero, di prestazioni di:

Laboratorio generale di base

- Settore a.1 chimica clinica (con esclusione della Tossicologia),
- Settore a.2 microbiologia, sierologia;
- Sono escluse le metodiche PCR e RIA

nei locali siti in Via Pecorari, 9/11 di questo Comune.

La Direzione Sanitaria è affidata al Dott. **CASTALDO Antonio** in qualità di Direttore Tecnico del Laboratorio sito in Via Pecorari 9/11, nato a Striano (Na) il 21/12/1965, residente a Sarno alla Via Roma, n./civ.67, iscritto all'Ordine Nazionale dei Biologi al n° 045456 dal 15/07/1996.

**La presente autorizzazione Sanitaria costituisce nuova autorizzazione ed annulla e sostituisce la precedente rilasciata in data 07/04/2011 -N 01/11- Reg. Es. Prof. San n 46.**

La presente autorizzazione:

1. Sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:
  - Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Programmazione Sanitaria;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Finanza e Tributi;

Nocera Superiore 18 aprile 2011.

II RESPONSABILE SUAP

Rag. Di Loreto S.



# COMUNE DI NOCERA SUPERIORE

(Prov. di Salerno)

Codice Fiscale 00231450651 - tel. 081/ 51692224 - Fax 081/ 5143532

**AUTORIZZAZIONE all'esercizio di Str. SANITARIA N. 01/11 del 07/04/2011**  
Reg. Eserc. Prof. Sanit. N. 46 del 07/04/2011

## IL RESPONSABILE

**VISTA** l'istanza delle Sig./re **MAGGIORA ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore (Sa), Cod.Fisc.-MGGNDD82B60Z307J, e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07 ottobre 1972 residente in Trecase (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc.CSTRST72R47F839Z entrambe in qualità di Legali Rappresentanti della Società CHECK-UP ANALISI CLINICA DI MAGGIORA ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO E CASTALDO ROSITA & C. SAS, sita in Via Pecorari, snc acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 15 dicembre 2008 al n. 25415, tesa ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria alla realizzazione, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, al trasferimento dal comune di Angri al comune di Nocera Superiore dell'esercizio di una struttura sanitaria per l'erogazione di prestazioni di Medicina di laboratorio Generale di Base, con settori specializzati di Chimica Clinica (con esclusione della tossicologia) Microbiologia e Sieroimmunologia, con esclusione di metodiche RIA e PRC, in regime ambulatoriale extraospedaliero, nei locali siti in Via Pecorari, snc di questo Comune;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTO** il parere favorevole definitivo alla realizzazione, per trasferimento dal Comune di Angri (sa), Via Arnedi, n. 14/20 al Comune di Nocera Superiore (sa), alla Via Pecorari snc, espresso della Commissione Regionale ex d.g.r.c.n.723/02, D.G.L.vo n 229/99 Area Generale di Coordinamento Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli organi Istituzionali delle AA.SS.LL.OO. settore Programmazione- del 23.12.2009-prot.n.2009.1110407, acquisito agli atti del prot. gen/le dell'Ente in data 4 gennaio 2010 al n.057;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTO** il parere espresso dall'Ufficio Tecnico Area Assetto del Territorio, Prot. n°15433 del 22 luglio 2010, con il quale .....*si precisa che il cambio di destinazione d'uso, da commercio ad ufficio, risulta compatibile atteso che l'immobile ricade in zona omogenea "B2" del PRG vigente;*

**VISTO** l'esito della comunicazione espressa dall'Ufficio Tecnico -Area Assetto del Territorio-, Prot. n° 15433 del 22/07/2010, con il quale .....*si precisa che il cambio di destinazione d'uso, da commercio ad ufficio, risulta compatibile atteso che l'immobile ricade in zona omogenea "B2" del PRG vigente";*

**VISTO** l'Attestato di intervenuta agibilità/abitabilità, con esclusione di tutti i sottotetti al piano terzo, a partire dalla data 22.08.2008 del complesso immobiliare sito alla Via Pecorari, del 15 dicembre 2010, a firma del Resp.le Area Ing. C. Avagliano, pervenuto agli atti di quest'Ufficio con Prot. Gen.le n. 25978 del 23/12/2010;

**VISTO** il che il Dott. **CASTALDO Antonio** in qualità di Direttore Tecnico del Laboratorio sito in Via Pecorari snc. nato a Striano (Na) il 21/12/1965, residente a Sarno alla Via Roma, n./civ.67 è iscritto all'Ordine dei Biologi della Prov. di Salerno al n° 045456 dal 15/07/1996;

**VISTO** il parere favorevole Prot. n.1043/Dip del 06/04/2011, espresso dall'ASL Salerno-Dipartimento di Prevenzione ex ASL SA1, Commissione DGRC n°3958 del 07/08/2001,

Presieduta dal Dott. R. Capone, avente ad oggetto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della struttura sanitaria per l'erogazione, in regime ambulatoriale extraospedaliero di Laboratorio generale di base:

1. Settore a.1 chimica clinica (con esclusione della Tossicologia),
2. Settore a.2 microbiologia, sieroinmunologia;

acquisita agli atti del Prot. Gen.le di quest'Ente in data 06 aprile 2011 n° 6350;

**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

**VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

## AUTORIZZA

la Società **CHECK-UP ANALISI CLINICHE DI MAGGIORA ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO E CASTALDO ROSITA & C. SAS**, sita in Via Pecorari, snc in persona dei suoi legali rapp.ti p.t., Sig./ra **MAGGIORE ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore(Sa), Cod.Fisc.-MGGNDD82B60Z307J, e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07ottobre 1972, residente in Trecase (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc.CSTRST72R47F839Z, "all'esercizio" di una struttura sanitaria per l'erogazione, in regime ambulatoriale extraospedaliero di Laboratorio generale di base:

1. Settore a.1 chimica clinica (con esclusione della Tossicologia),
2. Settore a.2 microbiologia, sieroinmunologia;
3. Sono escluse le metodologie PRC e RIA.

nei locali siti in Via Pecorari, snc di questo Comune;

La presente autorizzazione:

1. Sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:
  - Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Programmazione Sanitaria;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Finanza e Tributi;

**Nocera Superiore 07 aprile 2011.**

*iz Ricadote*  
*Nelida do Rosario* *Maggiore Andrade Fonseca*



**IL RESPONSABILE SUAP**  
*Rag. Di Loreto S.*



# COMUNE DI NOCERA SUPERIORE

(Prov. di Salerno)

Codice Fiscale 00231450651 - tel. 081/ 51692224 - Fax 081/ 5143532

**AUTORIZZAZIONE alla realizzazione di Str. SANITARIA N. 08 /11 del 19/01/2011**  
Reg. Eserc. Prof. Sanit. N. 45 del 19/01/2011

## IL RESPONSABILE

**VISTA** l'istanza delle Sig./re **MAGGIORE ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore (Sa), Cod.Fisc.-MGGNDD82B60Z307], e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07 ottobre 1972 residente in Trecase (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc.CSTRST72R47F839Z entrambe in qualità di Legali Rappresentanti della Società CHECK-UP ANALISI CLINICA DI MAGGIORE ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO E CASTALDO ROSITA & C. SAS, sita in Via Pecorari, snc acquisita agli atti di Protocollo generale dell'Ente in data 15 dicembre 2008 al n. 25415, tesa ad ottenere il rilascio di Autorizzazione Sanitaria alla realizzazione, ai sensi della delibera Giunta Regione Campania n. 3958 del 07.08.2001, così come modificata dalla Delibera di G.R.C. n. 7301 del 31.12.2001, al trasferimento dal comune di Angri al comune di Nocera Superiore dell'esercizio di una struttura sanitaria per l'erogazione di prestazioni di Medicina di laboratorio Generale di Base, con settori specializzati di Chimica Clinica (con esclusione della tossicologia) Microbiologia e Sieroimmunologia, con esclusione di metodiche RIA e PRC, in regime ambulatoriale extraospedaliero, nei locali siti in Via Pecorari, snc di questo Comune;

**ESAMINATI** gli atti;

**VISTO** il parere favorevole definitivo alla realizzazione, per trasferimento dal Comune di Angri (sa), Via Arnedi, n. 14/20 al Comune di Nocera Superiore (sa), alla Via Pecorari snc, espresso della Commissione Regionale ex d.g.r.c.n.723/02, D.G.L.vo n 229/99 Area Generale di Coordinamento Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli organi Istituzionali delle AA.SS.LL.OO. settore Programmazione- del 23.12.2009-prot.n.2009.1110407, acquisito agli atti del prot. gen/le dell'Ente in data 4 gennaio 2010 al n.057;

**RITENUTO** che il suddetto parere favorevole costituisce motivazione ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 241 del 07.08.1990;

**VISTO** il parere espresso dall'Ufficio Tecnico Area Assetto del Territorio, Prot. n°15433 del 22 luglio 2010, con il quale *.....si precisa che il cambio di destinazione d'uso, da commercio ad ufficio, risulta compatibile atteso che l'immobile ricade in zona omogenea "B2" del PRG vigente;*

**VISTO** l'esito della comunicazione espressa dall'Ufficio Tecnico -Area Assetto del Territorio-, Prot. n° 15433 del 22/07/2010, con il quale *....."si precisa che il cambio di destinazione d'uso, da commercio ad ufficio, risulta compatibile atteso che l'immobile ricade in zona omogenea "B2" del PRG vigente";*

**VISTO** l'Attestato di intervenuta agibilità/abitabilità, con esclusione di tutti i sottotetti al piano terzo, a partire dalla data 22.08.2008 del complesso immobiliare sito alla Via Pecorari, del 15 dicembre 2010, a firma del Resp.le Area Ing. C. Avagliano, pervenuto agli atti di quest'Ufficio con Prot. Gen.le n. 25978 del 23/12/2010;

**VISTO** il che il Dott. **CASTALDO Antonio** in qualità di Direttore Tecnico del Laboratorio sito in Via Pecorari snc. nato a Striano (Na) il 21/12/1965, residente a Sarno alla Via Roma, n./civ.67 è iscritto all'Ordine dei Biologi della Prov. di Salerno al n° 045456 dal 15/07/1996;

**VISTO** il R.D. del 27.07.1934 n 1265;

**VISTO** il R.D. del 28.01.1935 n. 145;

**VISTO** il D.P.C.M. del 10.02.1984;

**VISTO** il D.Lgs. del 30.12.1992, n. 502, così come modificato dal D.Lgs. del 19.06.1999, n. 229;

**VISTO** il D.Lgs. del 17.03.1995, n. 230, così come modificato dal D.Lgs. del 26.05.2000, n. 241;

**VISTA** la L.R. del 08.03.1985, n. 13, in particolare gli artt. 2 e 3;

**VISTO** la L.R. del 03.11.94, n. 32 e s.m.i.;

**VISTO** il DPR 14.01.1997 recepito dalla R.C. con Delibera di Giunta Regionale n. 6181 del 31.07.1997;

**VISTA** la D.G.R.C.n.3958 del 07.08.2001 così come modificata ed integrata dalla successiva DGR n 7301 del 31.12.2001;

**VISTO** l'art. 16 della L.R. del 19.01.2007 n. 1;

**VISTO** l'art. 107 comma 5 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000.

**RITENUTO** che in questa prima fase non vada assolta la tassa di concessione regionale perché trattasi di rilascio di autorizzazione alla realizzazione di struttura sanitaria e non di esercizio così come previsto dalle tariffe regionali approvate con L.R. n. 44/93;

## AUTORIZZA

la **Società CHECK-UP ANALISI CLINICHE DI MAGGIORA ANDRADE FONSECA NELIDA DO ROSARIO E CASTALDO ROSITA & C. SAS**, sita in Via Pecorari, snc in persona dei suoi legali rapp.ti p.t., Sig./ra **MAGGIORE ANDRADE FONSECA Nelida do Rosario**, nata a Capo Verde il 20 febbraio 1982, e residente alla Via Indipendenza di Nocera Superiore(Sa), Cod.Fisc.-MGGNDD82B60Z307J, e **CASTALDO Rosita**, nata Napoli, 07ottobre 1972, residente in Trecase (Na) alla Via Traversa Cap. Rea, Cod. Fisc.CSTRST72R47F839Z, "alla realizzazione" di una struttura sanitaria per l'erogazione di prestazioni di Medicina di laboratorio Generale di Base, con settori specializzati di Chimica Clinica (con esclusione della tossicologia) Microbiologia e Sieroimmunologia, con esclusione di metodiche RIA e PRC, in regime ambulatoriale extraospedaliero, nei locali siti in Via Pecorari, snc di questo Comune;

La presente autorizzazione:

1. **Annula e sostituisce la precedente rilasciata in data 27 dicembre 2010, n05/10.**
2. **Non costituisce titolo per l'esercizio della suddetta attività sanitaria.** A tal fine la società produrrà apposita richiesta redatta sul modello approvato con delibera di GRC n. 7301 del 31.12.01.
3. Sarà notificata secondo le modalità di cui all'art.10 della legge n. 265 del 3/8/99 e copia della stessa sarà inviata ai sottoelencati organi:
  - Alla Direzione Generale ASL SA/1 di Nocera Inferiore;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Programmazione Sanitaria;
  - Alla Regione Campania -Assessorato alla Sanità -Settore Finanza e Tributi;

**Nocera Superiore 19 gennaio 2011.**

**RESPONSABILE PL. ff**  
Ten. Giuseppe Attanasio.

