

ALLEGATO B-6**Strutture Sanitarie**

(L.R. n° 10/2006)

1. Dati generali dell'intervento**1.1 – Indirizzo dell'esercizio****1.2 – Titolare dell'esercizio****1.3 – Descrizione intervento****2. Specifiche relative all'attività**Il sottoscritto (*nome e cognome*)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella dichiarazione autocertificativa unica

DICHIARA

Quanto contenuto nei seguenti quadri:

*N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione***2.1 – Tipologia di esercizio**

Specificare se trattasi di	Attività ad alta complessità (competenza regionale)	
	Attività specialistiche ambulatoriali	Attività a media complessità (competenza comunale)
		Attività a bassa complessità (competenza regionale)
	Studi di professionisti sanitari non medici (competenza comunale)	

2.2 – Tipologia di funzione operativa

Assistenza specialistica ambulatoriale	Centro di salute mentale
Servizi di medicina di laboratorio	Consultorio familiare
Attività di diagnostica per immagini	Ambulatorio chirurgico
Attività di riabilitazione	Ambulatorio odontoiatrico
Centro dialisi	Altro (<i>indicare</i>)

2.3 – Funzione sanitaria

Assistenza specialistica ambulatoriale	Anestesia	Gastroenterologia – Chirurgia ed endoscopia digestiva
	Cardiologia	Nefrologia e dialisi
	Chirurgia generale	Neurochirurgia
	Chirurgia plastica	Neurologia

	Chirurgia vascolare – Angiologia	Oculistica
	Dermatologia	Odontostomatologia – Chirurgia maxillo facciale
	Diagnostica per immagini – Medicina nucleare	Oncologia
	Endocrinologia	Ortopedia e traumatologia
	Ostetricia e ginecologia	Pneumologia
	Otorinolaringoiatria	Psichiatria
	Radioterapia	Urologia
	Altro (<i>specificare</i>)	
Servizi di medicina di laboratorio	Anatomia e istologia patologica	Genetica
	Microbiologia e Virologia	Immunoematologia e servizi trasfusionali
	Laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche	
	Altro (<i>specificare</i>)	
Attività di recupero e rieducazione funzionale	Medicina fisica e riabilitazione / Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	
	Riabilitazione cardiologica	Riabilitazione pneumologica
	Altro (<i>specificare</i>)	

2.4 – Breve descrizione dell'attività

2.5 – Direttore della struttura sanitaria

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Titolo di studio	
Conseguito presso	
In data	Iscritto all'ordine
Della Provincia di	Al n°
Firma per accettazione dell'incarico di direttore:	

2.6 – Dichiarazioni generali

Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni di cui alla Delibera di Giunta Regionale n° 13/17 del 4.3.2008, e alla Delibera di Giunta Regionale n° 34/26 del 10.10.2010, relativamente ai Requisiti minimi strutturali e tecnologici (*ambiente operativo servizi igienici e sala d'attesa*) e organizzativi

2.7 – Parere di compatibilità

Rispetto al parere regionale di compatibilità di cui all'art. 5 della L.R. n° 10/2006, il sottoscritto precisa che:

<input type="checkbox"/>	Il parere regionale di compatibilità non è necessario per la struttura di cui trattasi, in quanto (<i>specificare motivazione nella riga sottostante</i>)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Il parere regionale di compatibilità è già stato acquisito preventivamente rispetto alla presentazione della DUAAP
<input type="checkbox"/>	Riportare estremi:
<input type="checkbox"/>	Il parere regionale di compatibilità deve essere acquisito in sede di conferenza di servizi

2.8 – Allegati		
SI	NO	Documento
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scheda relativa alla tipologia di intervento proposto (apertura/subingresso/trasferimento/ecc.) [Modelli C1-6]
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia [Modello D3]
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Planimetria QUOTATA, sottoscritta in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100 o 1:200 dell'esercizio, con evidenziate le superfici distinte per ambienti operativi di lavoro, sala d'attesa, servizi igienici e eventuali ambienti destinati ad uffici, archivi o magazzini
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dichiarazione di conformità attestante la piena rispondenza della struttura alle vigenti norme e prescrizioni tecniche [Modello A-5]
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relazione tecnica nella quale si riportano dettagliatamente le indicazioni circa il rispetto dei parametri indicati nelle normative vigenti, relativamente ai requisiti minimi strutturali e tecnologici
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relazione sintetica di presentazione della struttura riguardante l'organizzazione, la tipologia e i volumi delle prestazioni, l'organigramma e la dotazione organica comprensiva dei titoli di studio e di specializzazione posseduti del personale medico e/o tecnico specializzato, compresi i relativi certificati di iscrizione all'albo professionale di competenza.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elenco delle apparecchiature elettromedicali utilizzate
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relazione tecnica sulle procedure adottate per lo smaltimento degli eventuali rifiuti speciali
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dichiarazione di conformità, rilasciata dalle ditte installatrici dell'impianto elettrico e di climatizzazione, comprensiva degli allegati di legge quali il progetto;
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Copia conforme all'originale della denuncia dell'impianto di messa a terra agli organismi competenti ai sensi del D.P.R. 22 ottobre 2001 n. 462;
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dichiarazione circa la valutazione dei rischi specifici all'interno della struttura ai sensi della vigente normativa;
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Documento programmatico sulla sicurezza della privacy (legge n. 675 del 31 dicembre 1996 e s.m.i.).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno

3. Data e firma
Luogo e data
Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR. 28/2000, n. 445, e del D.lgs., 7 marzo 2005, n. 82
Firma dell'interessato
<i>Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →</i>
N.B. In caso di procura speciale ai sensi dell'art. 1392 C.C., il presente modello va sottoscritto con firma autografa dal soggetto delegante e conservato in originale dal procuratore, il quale provvederà a firmare digitalmente il modello inviato al SUAP.

*N.B. Il presente documento, sottoscritto mediante firma digitale, costituisce ad ogni effetto di legge copia originale, con l'efficacia prevista dall'art. 21 del D.lgs. 82/2005 e s.m.i. .
Esso è inviato al SUAP, esclusivamente per via telematica, non essendo prevista alcuna trasmissione di documentazione su supporto cartaceo.*