

| | |
|---|--|
| Spazio per la vidimazione da parte del SUAP | 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 <i>(nome e cognome)</i> | | |
| I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella dichiarazione autocertificativa unica | | |
| DICHIARA | | |
| Quanto contenuto nei seguenti quadri: | | |
| <i>N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione</i> | | |
| 2.1 – Tipologia di esercizio | | |
| <input type="checkbox"/> Studio Medico Professionale | <input type="checkbox"/> Ambulatorio Medico | |
| 2.2 – Tipologia di funzione operativa | | |
| <input type="checkbox"/> Assistenza specialistica ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Centro di salute mentale | |
| <input type="checkbox"/> Servizi di medicina di laboratorio | <input type="checkbox"/> Consultorio familiare | |
| <input type="checkbox"/> Attività di diagnostica per immagini | <input type="checkbox"/> Ambulatorio chirurgico | |
| <input type="checkbox"/> Attività di riabilitazione | <input type="checkbox"/> Ambulatorio odontoiatrico | |
| <input type="checkbox"/> Centro dialisi | <input type="checkbox"/> Altro <i>(indicare)</i> | |
| 2.3 – Funzione sanitaria | | |
| Assistenza specialistica ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia – Chirurgia ed endoscopia digestiva |
| | <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Nefrologia e dialisi |
| | <input type="checkbox"/> Chirurgia generale | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia |
| | <input type="checkbox"/> Chirurgia plastica | <input type="checkbox"/> Neurologia |
| | <input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare – Angiologia | <input type="checkbox"/> Oculistica |
| | <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Odontostomatologia – Chirurgia maxillo facciale |
| | <input type="checkbox"/> Diagnostica per immagini – Medicina nucleare | <input type="checkbox"/> Oncologia |

| | | |
|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Endocrinologia | <input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia |
| | <input type="checkbox"/> Ostetricia e ginecologia | <input type="checkbox"/> Pneumologia |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Urologia |
| | <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>) | |
| Servizi di medicina di laboratorio | <input type="checkbox"/> Anatomia e istologia patologica | <input type="checkbox"/> Genetica |
| | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Immunoematologia e servizi trasfusionali |
| | <input type="checkbox"/> Laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche | |
| | <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>) | |
| Attività di recupero e rieducazione funzionale | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione / Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi | |
| | <input type="checkbox"/> Riabilitazione cardiologica | <input type="checkbox"/> Riabilitazione pneumologica |
| | <input type="checkbox"/> 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 | | |
| <input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni di cui alla Delibera di Giunta Regionale n° 13/17 del 4.3.2008, relativamente ai Requisiti minimi strutturali e tecnologici (<i>ambiente operativo, servizi igienici e sala d'attesa</i>) e organizzativi | | |
| 2.7 – Parere di compatibilità | | |
| <i>Rispetto al parere regionale di compatibilità di cui all'art. 5 della L.R. n° 10/2006, il sottoscritto precisa che:</i> | | |
| <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"/> | Il parere regionale di compatibilità è già stato acquisito preventivamente rispetto alla presentazione della DUAAP | |
| | 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 |
|----|----|---|
| | | Scheda relativa alla tipologia di intervento proposto (apertura/subingresso/trasferimento/ecc.) [Modelli C1-6] |
| | | Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia [Modello D3] |
| | | 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 |
| | | Dichiarazione di conformità attestante la piena rispondenza della struttura alle vigenti norme e prescrizioni tecniche [Modello A-5] |
| | | 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 |
| | | 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. |
| | | Elenco delle apparecchiature elettromedicali utilizzate |
| | | Relazione tecnica sulle procedure adottate per lo smaltimento degli eventuali rifiuti speciali |
| | | Dichiarazione di conformità, rilasciata dalle ditte installatrici dell'impianto elettrico e di climatizzazione, comprensiva degli allegati di legge quali il progetto; |
| | | 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; |
| | | Dichiarazione circa la valutazione dei rischi specifici all'interno della struttura ai sensi della vigente normativa; |
| | | Documento programmatico sulla sicurezza della privacy (legge n. 675 del 31 dicembre 1996 e s.m.i.). |
| | | Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni |
| | | In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno |

3. Data e firma

| |
|-------------------------------|
| Luogo e data |
| Firma dell'interessato |