

 <p>COMUNE DI MONREALE Provincia di Palermo</p> <p>Area Pianificazione Gestione e Assetto del Territorio</p> <p>S.U.A.P. Sportello Unico delle Attività Produttive</p>	<p><u>ALLEGATO A-5</u></p> <p>Dichiarazione di conformità dell'impianto alle vigenti norme</p> <p>CONFORMITA' ALLE NORME IN MATERIA DI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE SANITARIE</p>
---	---

<p>1. Dati generali dell'intervento</p>
<p>1.1 – Generalità dell'interessato (Indicare Nome e Cognome. I dati anagrafici completi sono contenuti nella Domanda Unica)</p>

<p>2. Dati del tecnico incaricato</p>		
<p>IL SOTTOSCRITTO</p>		
<p>Qualifica (Ing., Arch. Geom., ecc.)</p>	<p>Iscritto all'albo della Provincia di</p>	<p>N° iscrizione</p>
<p>Cognome</p>	<p>Nome</p>	
<p>Luogo di nascita</p>	<p>Data di nascita</p>	
<p><input type="checkbox"/> Legale rappresentante della società</p>		
<p>Studio: Comune di</p>	<p>CAP</p>	<p>Provincia</p>
<p>Indirizzo</p>		<p>N°</p>
<p>Telefono</p>	<p>Cellulare</p>	
<p>Fax</p>	<p>E-mail</p>	
<p>In relazione ai lavori sopra richiamati, meglio specificati nella Domanda Unica e negli elaborati di progetto</p>		
<p>DICHIARA</p>		
<p>Quanto contenuto nei seguenti quadri</p>		

<p>3. Specifiche dell'attività</p>	
<p>3.1 – Individuazione dell'attività</p>	
<p>Indicare la tipologia della struttura sanitaria</p>	
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Studio Medico Professionale</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Ambulatorio Medico</p>

<input type="checkbox"/>	Studio Professionale di Fisioterapia
<input type="checkbox"/>	Laboratorio di Analisi
<input type="checkbox"/>	Altro (<i>indicare</i>)
Descrizione sintetica della tipologia della struttura sanitaria e delle prestazioni ivi erogate:	

4. Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi

4.1 – Studi Medici Professionali e Ambulatori Medici (D.P.R. 14/01/1997)

4.1.1 – Ambiente operativo

Superficie interna: mq

Illuminazione e ventilazione (*indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche*):

Protezione delle pareti con materiali lavabili fino ad un'altezza minima di 2 m.

<input type="checkbox"/> Presenza di un lavabo con rubinetteria monocomando	<input type="checkbox"/> Locale o spazio per il deposito pulito
---	---

<input type="checkbox"/> Locale o spazio per il deposito dello sporco	<input type="checkbox"/> Dotazione Kit di emergenza e rianimazione
---	--

Descrizione dell'ambiente operativo dello studio medico:

4.1.2 – Servizi igienici

Indicare il numero di servizi igienici, specificando se per il personale o per gli utenti, se divisi per sesso, se accessibili ai disabili, dimensioni, modalità di ventilazione, ecc.

4.1.3 – Sala d'attesa

Superficie complessiva della sala d'attesa:

Presenza di una zona destinata all'attività amministrativa e di archivio

Illuminazione e ventilazione (*indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche*):

Dotazione di un sistema di illuminazione di emergenza che garantisca un grado di luminosità idoneo all'attività esercitata, ai sensi delle vigenti normative in materia

Descrizione sintetica delle caratteristiche della sala d'attesa:

4.1.4 – Altri requisiti generali

Indicare i requisiti strutturali e tecnologici previsti dal D.P.R. 14/01/1997 per l'attività da svolgersi, evidenziando le specifiche della struttura di cui trattasi in relazione al rispetto di detti requisiti:

4.2 – Studi Professionali di Fisioterapia		
4.2.1 – Ambiente operativo		
Superficie interna: mq		
Illuminazione e ventilazione (indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche):		
<input type="checkbox"/> Pareti e pavimenti realizzati con materiali lavabili e disinfettabili		
<input type="checkbox"/> Impianti tecnologici realizzati nel rispetto delle vigenti normative		
<input type="checkbox"/> Le apparecchiature elettromedicali utilizzate garantiscono la massima sicurezza nei confronti del paziente e dell'operatore, attraverso un piano documentato per la manutenzione ordinaria e straordinaria, nonché per le verifiche stabilite dalle vigenti normative, per ogni singolo apparecchio utilizzato		
<input type="checkbox"/> La struttura dispone di adeguata segnaletica di orientamento esterna e interna		
<input type="checkbox"/> Presenza di un locale per l'erogazione di prestazioni statiche e dinamiche di gruppo, se previste, avente una superficie minima di almeno 30 mq., per un numero massimo di 8 assistiti		Superficie mq.
<input type="checkbox"/> Presenza di Box per le attività di terapia fisica strumentale individuale della superficie minima di 5 mq cad., se previste.	N°	Superficie mq.
<input type="checkbox"/> Locale o spazio per il deposito dello sporco	<input type="checkbox"/> Locale o spazio per il deposito pulito	
<input type="checkbox"/> Spazi per il deposito del materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni		
Descrizione dell'ambiente operativo dello studio di fisioterapia:		
4.2.2 – Servizi igienici		
<input type="checkbox"/> Servizio igienico e locale spazio spogliatoio per gli utenti, accessibile alle persone con disabilità.		
<input type="checkbox"/> Servizio igienico e locale o spazio spogliatoio per il professionista. Nel caso all'interno della struttura operino più professionisti i locali o spazi spogliatoio devono essere distinti per sesso.		
Indicare il numero di servizi igienici, specificando se per il personale o per gli utenti, se divisi per sesso, se accessibili ai disabili, dimensioni, modalità di ventilazione, ecc.		
4.2.3 – Sala d'attesa		
Superficie complessiva della sala d'attesa:		
<input type="checkbox"/> Presenza di una zona destinata all'attività amministrativa e di archivio		
Illuminazione e ventilazione (indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche):		
Descrizione sintetica delle caratteristiche della sala d'attesa		
4.2.4 – Requisiti tecnologici		

<p>Dettagliare le attrezzature, ove necessarie, utilizzate per l'erogazione delle varie tipologie di prestazioni terapeutiche:</p>		
<p>Dettagliare le attrezzature elettromedicali utilizzate per terapie fisiche e strumentali di supporto e completamento all'esercizio terapeutico:</p>		
<p><input type="checkbox"/> Dotazione essenziale per la gestione delle possibili emergenze da parte di personale obbligatoriamente specializzato con corso BLS, comprendente almeno le attrezzature per il pronto soccorso e le rianimazione cardiopolmonare di base (ventilatore manuale tipo Ambu)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Schedari e/o altri sistemi (cartacei o informatizzati) che consentano la registrazione delle prestazioni e la conservazione della documentazione del paziente</p>		
<p>4.3 – Laboratori di analisi (D.P.R. 14/01/1997)</p>		
<p>4.3.1 – Tipologia del laboratorio</p>		
<p><input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base</p>	<p><input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base con settori specializzati</p>	<p><input type="checkbox"/> Laboratorio specializzato</p>
<p>Indicare settori di specializzazione:</p>		
<p>4.3.2 – Spazi analitici</p>		
<p>Dettagliare gli spazi per le attività di analisi, specificando il numero dei locali destinati ad ogni settore specializzato, la superficie complessiva e la superficie a disposizione di ogni operatore:</p>		
<p>4.3.3 – Spazi di supporto</p>		
<p><input type="checkbox"/> Locale per il trattamento del materiale d'uso</p>	<p>Dettagli:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Locale per ufficio e archivio</p>	<p>Dettagli:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Locale spogliatoio</p>	<p>Dettagli:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Bagno per il personale</p>	<p>Dettagli:</p>	
<p>Descrizione degli spazi per il prelievo:</p>		
<p>4.3.4 – Spazi per il prelievo</p>		
<p><input type="checkbox"/> Locale per i prelievi</p>	<p>Dettagli:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Sala d'attesa</p>	<p>Dettagli:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Bagno per utenti, accessibile ai disabili</p>	<p>Dettagli:</p>	
<p>Descrizione degli spazi per il prelievo:</p>		

5. Dotazione strumentale

Riportare l'elenco delle attrezzature e delle apparecchiature elettromedicali utilizzate:

6. Note ed ulteriori caratteristiche

Indicare note o ulteriori elementi emersi dalla verifica di conformità con le vigenti norme in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie:

7. Dichiarazione di conformità

Il sottoscritto (nome e cognome del tecnico incaricato)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella precedente sezione 2

DICHIARA ALTRESÌ

Di aver stipulato idonea polizza assicurativa per la copertura dei rischi professionali derivanti dalla sottoscrizione della presente dichiarazione di conformità

Polizza personale

Polizza sottoscritta in solido con i restanti tecnici che hanno preso parte alla progettazione dell'opera

Estremi della polizza assicurativa

Massimale di copertura

Importo stimato dei valori

→ Firma per accettazione della polizza da parte del committente:

La perfetta corrispondenza e identità fra i documenti cartacei e quelli contenuti sul supporto digitale

In base alle verifiche effettuate, con la presente, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci

ATTESTA

→ La piena conformità dell'intervento rispetto alle vigenti norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie

→ Che la struttura sanitaria di cui trattasi rispetta le vigenti normative in materia di Protezione antincendio (D.M. 18/09/2002); Protezione acustica (Direttiva 2003/10/CE); Sicurezza elettrica (vedi L. 46/90 – D.P.R. 447/91 – Norme C.E.I. 64-8 Sezione 710); Sicurezza antinfortunistica e igiene dei luoghi di lavoro (D.lgs. 626/94 e s.m.i.); Protezione dalle radiazioni ionizzanti (per gli studi professionali che utilizzano apparecchiature radiologiche) (D.lgs. 26/05/2000 n. 187); Eliminazione barriere architettoniche (D.M. 14/06/1989 n. 236); Smaltimento dei rifiuti; Condizioni microclimatiche; Impianti distribuzione dei gas medicali; Materiali esplosivi; Edilizia ed urbanistica.

→ Che, per i profili relativi alla presente dichiarazione di conformità non sono previste sono previste valutazioni discrezionali da parte dei competenti uffici della Pubblica Amministrazione.

→ Di essere competente, ai sensi delle vigenti norme in materia di abilitazione all'esercizio della professione, tenuto conto anche delle norme speciali che prescrivono ulteriori accreditamenti per l'esercizio professionale in particolari ambiti, a rendere la presente dichiarazione.

8. Data e firma del tecnico incaricato

Luogo e data

Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR. 28 dicembre, n. 445, e del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Timbro e firma del tecnico incaricato