

3. Specifiche dell'attività

3.1 – Individuazione della tipologia della struttura sanitaria

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Studio Medico Professionale | <input type="checkbox"/> Ambulatorio Medico |
| <input type="checkbox"/> Studio Professionale di Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Laboratorio 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*):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 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*):

Pareti e pavimenti realizzati con materiali lavabili e disinfettabili

Impianti tecnologici realizzati nel rispetto delle vigenti normative

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.

Dettagliare le attrezzature elettromedicali utilizzate per terapie fisiche e strumentali di supporto e completamento all'esercizio terapeutico:

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)

Schedari e/o altri sistemi (cartacei o informatizzati) che consentano la registrazione delle prestazioni e la conservazione della documentazione del paziente

4.3 – Laboratori di analisi (D.P.R. 14/01/1997)

4.3.1 – Tipologia del laboratorio

Laboratorio generale di base Laboratorio generale di base con settori specializzati Laboratorio specializzato

Indicare settori di specializzazione:

4.3.2 – Spazi analitici

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:

4.3.3 – Spazi di supporto

Locale per il trattamento del materiale d'uso Dettagli:

Locale per ufficio e archivio Dettagli:

Locale spogliatoio Dettagli:

Bagno per il personale Dettagli:

Descrizione degli spazi di supporto:

4.3.4 – Spazi per il prelievo

Locale per i prelievi Dettagli:

Sala d'attesa Dettagli:

Bagno per utenti, accessibile ai disabili Dettagli:

Descrizione degli spazi per il prelievo:

7. Dichiarazione di conformità

Il sottoscritto (nome e cognome del tecnico incaricato)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella precedente sezione 2

DICHIARA ALTRESI'

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 lavori

→ 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 false dichiarazioni

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 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

Timbro e firma del tecnico incaricato

N.B: La firma deve essere replicata, anche in forma di sigla, in tutte le pagine del presente modulo