

Spazio per la vidimazione da parte del SUAP	ALLEGATO B-6 Strutture Sanitarie
---	---

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 nel MODELLO UNICO

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

Studio Medico Professionale Ambulatorio Medico

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 (indicare)

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 normative regionali, nazionali e comunitarie, 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>Relativamente all'autorizzazione regionale, il sottoscritto precisa che:</i>		
<input type="checkbox"/>	L'autorizzazione regionale non è necessaria per la struttura di cui trattasi, in quanto (<i>specificare motivazione nella riga sottostante</i>)	
<input type="checkbox"/>	L'autorizzazione regionale è già stata acquisita preventivamente rispetto alla presentazione del Modello Unico	
	Riportare estremi:	
<input type="checkbox"/>	L'autorizzazione regionale deve essere acquisita	

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