

ALLEGATO A-5 Dichiarazione di conformità dell'impianto alle vigenti norme CONFORMITA' ALLE NORME IN MATERIA DI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE SANITARIE	Si usa per: <i>Esercizio dell'attività di studi professionali non medici e strutture ambulatoriali rientranti nella competenza del SUAP</i>
	[Riservato all'ufficio SUAP] Il presente modello comporta l'attivazione dei seguenti endoprocedimenti: - Strutture Sanitarie: verifiche ASL

1. Dati generali dell'intervento <i>Le dichiarazioni contenute in questo modello sono connesse a quelle riportate su tutti i documenti trasmessi al SUAP contestualmente al primo avvio della pratica e indicati nel modello di riepilogo</i>

2. Dati del tecnico incaricato <i>Nel caso in cui i dati anagrafici siano già stati riportati su un altro modello allegato alla stessa pratica, nel presente quadro è sufficiente riportare il solo nome e cognome ➔ Indicare di seguito in quale modello è presente l'anagrafica completa:</i>		
IL SOTTOSCRITTO		
Qualifica (Ing., Arch. Geom., ecc.)	Iscritto all'albo della Provincia di	N° iscrizione
Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
<input type="checkbox"/> Legale rappresentante della società		
Studio: Comune di	C.A.P.	Provincia
Indirizzo		N°
Telefono	Cellulare	
Fax	E-mail	
<i>Consapevole di quanto previsto dalle vigenti norme legislative in ordine alle verifiche ed agli adempimenti conseguenti all'accertamento di false dichiarazioni, della sanzione penale prevista dall'art. 19, comma 6 della Legge n° 241/90 e s.m.i., nonché di quelle previste dagli artt. 359 e 481 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci e falsa rappresentazione degli atti, in relazione all'intervento di cui alla pratica sotto specificata</i>		
Indicare obbligatoriamente	Oggetto dell'intervento:	
	Ubicazione dell'intervento:	
DICHIARA		
Quanto contenuto nei seguenti quadri:		

3. Specifiche dell'attività

3.1 – Individuazione della tipologia della struttura sanitaria

Studio Medico Professionale

Ambulatorio Medico

Studio Professionale di Fisioterapia

Laboratorio analisi

Altro (indicare)

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 e norme regionali)

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.

Presenza di un lavabo con rubinetteria monocomando

Locale o spazio per il deposito pulito

Locale o spazio per il deposito dello sporco

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.

<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		
Dettagliare le attrezzature, ove necessarie, utilizzate per l'erogazione delle varie tipologie di prestazioni terapeutiche:		

<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 e norme regionali)</p>	
<p>4.3.1 – Tipologia del laboratorio</p>	
<p><input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base <input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base con settori specializzati <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>	
<input type="checkbox"/> Locale per il trattamento del materiale d'uso	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Locale per ufficio e archivio	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Locale spogliatoio	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Bagno per il personale	Dettagli:
<p>Descrizione degli spazi di supporto:</p>	
<p>4.3.4 – Spazi per il prelievo</p>	
<input type="checkbox"/> Locale per i prelievi	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Sala d'attesa	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Bagno per utenti, accessibile ai disabili	Dettagli:
<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

In base alle verifiche effettuate, con la presente

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.

→ Di aver ottemperato, qualora necessario ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, all'obbligo di comunicare al committente i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale.

8. Data e firma del tecnico incaricato

Luogo e data

Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR.28 dicembre 2000, n. 445, e del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Firma dell'interessato

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario ->

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.