

ALLEGATO A-5 Dichiarazione asseverativa di conformità (L.R. n° 24/2016, art. 31, comma 4) alle norme in materia di REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE SANITARIE (L.R. n. 10/2006, artt. 5-6; D.Lgs. n. 502/1992, art. 8/ter)	Si usa per: <i>Esercizio dell'attività di studi professionali non medici e strutture ambulatoriali rientranti nella competenza del SUAPE, di cui alla legge regionale n° 10/2006</i>
	[Riservato all'ufficio SUAPE] Il presente modello comporta l'attivazione dei seguenti endoprocedimenti: - Strutture Sanitarie: verifiche ASL
Tipologia di procedimento applicabile: Autocertificazione a 0 giorni	

1. Dati generali dell'intervento

Le dichiarazioni contenute in questo modello sono connesse a quelle riportate su tutti i documenti trasmessi al SUAPE relativamente alla pratica, indicati nel modello di riepilogo

2. Dati del tecnico incaricato

*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:*

IL SOTTOSCRITTO

Qualifica (Ing., Arch. Geom., ecc.)	Isritto 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 dall'art. 35 della L.R. n° 24/2016 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 D.G.R. n° 13/17 del 04/03/2008)

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.

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 (D.G.R. n° 13/17 del 04/03/2008)

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.

<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 D.G.R. n° 24/38 del 27/05/2004)</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 di supporto:</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>

Descrizione degli spazi per il prelievo:

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, ai sensi dell'art. 31, comma 4 della L.R. n° 24/2016

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.: In caso di procura speciale ai sensi dell'art. 32, comma 2 della L.R. n. 24/2016, il presente modello va sottoscritto con firma autografa dal soggetto delegante e conservato in originale dal procuratore, il quale provvederà a firmare digitalmente il modello inviato al SUAPE.

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 SUAPE esclusivamente per via telematica, non essendo prevista alcuna trasmissione di documentazione su supporto cartaceo.

Cronologia degli aggiornamenti del modello: A5

Data	Modifica apportata	La modifica è sostanziale, e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti?
01/03/2017	Modificato il frontespizio; corretti i riferimenti al SUAPE	No
26/08/2014	Modificato per maggiore chiarezza il quadro 1	No
13/11/2012	Modificato l'ultimo rigo delle dichiarazioni al quadro 7	No