

	<u>ALLEGATO B-6</u> Strutture Sanitarie Testo Unico delle leggi sanitarie
--	---

1. Dati generali dell'intervento
1.1 – Ubicazione intervento <i>(Indicare il Comune e l'indirizzo inseriti nel modulo di domanda unica – sezione Dati dell'intervento)</i>
1.2 – Riportare descrizione sintetica dell'intervento <i>(Riportare la Descrizione inserita nel modulo di domanda unica – sezione Dati dell'intervento)</i>

2. Specifiche relative all'attività
Il sottoscritto <i>(nome e cognome)</i>
I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella Domanda Unica
DICHIARA
Quanto contenuto nei seguenti quadri:
<i>N.B.: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione</i>
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 <i>(indicare)</i>

2.3 – Funzione sanitaria			
Assistenza specialistica ambulatoriale	☐ Anestesia	☐ Gastroenterologia – Chirurgia ed endoscopia digestiva	
	☐ Cardiologia	☐ Nefrologia e dialisi	
	☐ Chirurgia generale	☐ Neurochirurgia	
	☐ Chirurgia plastica	☐ Neurologia	
	☐ Chirurgia vascolare – Angiologia	☐ Oculistica	
	☐ Dermatologia	☐ Odontostomatologia – Chirurgia maxillo facciale	
	☐ Diagnostica per immagini – Medicina nucleare	☐ Oncologia	
	☐ Endocrinologia	☐ Ortopedia e traumatologia	
	☐ Ostetricia e ginecologia	☐ Pneumologia	
	☐ Otorinolaringoiatria	☐ Psichiatria	
	☐ Radioterapia	☐ Urologia	
	☐ Altro (<i>specificare</i>)		
	Servizi di medicina di laboratorio	☐ Anatomia e istologia patologica	☐ Genetica
		☐ Microbiologia e Virologia	☐ Immunoematologia e servizi trasfusionali
☐ Laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche			
☐ Altro (<i>specificare</i>)			
Attività di recupero e rieducazione funzionale	☐ Medicina fisica e riabilitazione / Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi		
	☐ Riabilitazione cardiologica	☐ Riabilitazione pneumologica	
	☐ 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	
☐ 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.	
☐ L'attività, ai sensi dell'art. 4, comma 1 del D.P.R. n° 227 del 19/10/2011	☐ è esente dall'obbligo di predisposizione della documentazione di impatto acustico. Note:
	☐ è soggetta all'obbligo di predisposizione della documentazione di impatto acustico:
	☐ L'attività genera emissioni di rumore non superiori ai limiti stabiliti dal documento di classificazione acustica del territorio comunale di riferimento ovvero, ove questo non sia stato adottato, ai limiti individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 novembre 1997 (<i>Allegare modello E13</i>) ☐ L'attività genera emissioni di rumore superiori ai limiti stabiliti dal documento di classificazione acustica del territorio comunale di riferimento ovvero, ove questo non sia stato adottato, ai limiti individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 novembre 1997 (<i>Allegare modello A10</i>)
La struttura ☐ è soggetta ☐ non è soggetta al Controllo Prevenzione Incendi, ai sensi del DPR 151/2011 (<i>In caso positivo allegare il modulo F18</i>) Se il titolo abilitativo è già conseguito, riportare gli estremi nel campo "note" (non è necessario presentare il modello F18): Note:	
☐ L'attività prevede lo scarico di acque reflue e/o meteoriche di qualsiasi natura e tipologia?	
☐ Allega dichiarazione di conformità alle norme in materia di scarichi (modello A11)	☐ Allega segnalazione attivazione scarico acque reflue assimilate alle acque reflue domestiche (modello E11)
☐ L'attività non prevede lo scarico di acque reflue e/o meteoriche. Note:	
2.7 – Parere di compatibilità	
Relativamente all'autorizzazione regionale, il sottoscritto precisa che:	
☐	L'autorizzazione regionale non è necessaria per la struttura di cui trattasi, in quanto (<i>specificare motivazione nella riga sottostante</i>)
☐	l'autorizzazione regionale è già stata acquisita preventivamente rispetto alla presentazione della Domanda Unica
	Riportare estremi:

☐	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 o A-5bis]
☐	☐	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;
☐	☐	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		
<i>Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR. 28 dicembre, n. 445, e del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82</i> Firma dell'interessato		