

Dichiarazione di conformità dell'impianto  
alle vigenti norme

**CONFORMITA' ALLE NORME IN MATERIA DI REQUISITI  
STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE  
STRUTTURE SANITARIE**

<b>1. Dati generali dell'intervento</b>
<b>1.1 - Generalità dell'interessato</b> (indicare Nome e Cognome del firmatario indicato nella Domanda Unica – sezione <i>Dati firmatario</i> )
<b>1.2 - Individuazione della tipologia di intervento</b> (indicare il Comune e l'indirizzo inseriti nella Domanda Unica – sezione <i>Dati dell'intervento</i> )
<b>1.3 – Descrizione sintetica dell'intervento</b> (riportare la descrizione inserita nella Domanda Unica – sezione <i>Dati dell'intervento</i> )

<b>2. Dati del tecnico incaricato</b>			
..L.. SOTTOSCRITT...			
Qualifica (Ing., Arch. Geom., ecc.)	Isritto all'albo della Provincia di	N° iscrizione	
Cognome	Nome		
Luogo di nascita	Provincia	Data di nascita / /	
<input type="checkbox"/> Legale rappresentante della società			
Studio:	Comune di	CAP	Provincia
Indirizzo			N°
Telefono		Cellulare	
Fax	E-mail		
in relazione ai lavori sopra richiamati, meglio specificati nella dichiarazione autocertificativa e negli elaborati di progetto			
<b>DICHIARA</b>			
quanto contenuto nei seguenti quadri			

<b>3. Specifiche dell'attività</b>	
<b>3.1 Individuazione dell'attività</b> (indicare la 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 di analisi
<input type="checkbox"/> altro (specificare tipologia attività):	
<b>3.2 Descrizione tipologia e prestazioni</b>	
Descrizione sintetica della tipologia della struttura sanitaria e delle prestazioni ivi erogate:	

<b>4. Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi</b>
<b>4.1 – Studi medici professionali e ambulatori medici (DPR 14/01/1997)</b>

<b>1. Ambiente operativo</b>		
superficie interna mq.		
illuminazione e ventilazione	<input type="checkbox"/> naturale <input type="checkbox"/> artificiale	specifiche:
<input type="checkbox"/> protezione delle pareti con materiali lavabili fino a un'altezza minima di metri 2,00		
<input type="checkbox"/> presenza di lavaco con rubinetteria monocomando	<input type="checkbox"/> locale o spazio per il deposito del pulito	
<input type="checkbox"/> locale o spazio per il deposito dello sporco	<input type="checkbox"/> altro dotazione kit di emergenza e rianimazione	
Descrizione dell'ambiente operativo dello studio medico:		
<b>2. Servizi igienici</b>		
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.:		
<b>3. Sala d'attesa</b>		
superficie complessiva sala d'attesa mq.	<input type="checkbox"/> presenza di zona destinata ad attività amministrativa e archivio	
illuminazione e ventilazione	<input type="checkbox"/> naturale <input type="checkbox"/> artificiale	specifiche:
<input type="checkbox"/> dotazione 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 di attesa:		
<b>4. Altri requisiti generali</b>		
Indicare i requisiti strutturali e tecnologici previsti dal DPR 14/01/1997 per l'attività da svolgersi, evidenziando le specifiche della struttura di cui trattasi in relazione al rispetto di detti requisiti:		
<b>4.2 – Studi professionali di fisioterapia</b>		
<b>1. Ambiente operativo</b>		
superficie interna mq.		
illuminazione e ventilazione	<input type="checkbox"/> naturale <input type="checkbox"/> artificiale	specifiche:
<input type="checkbox"/> pareti e pavimenti realizzati con materiali lavabili e disinfettabili		
<input type="checkbox"/> impianti tecnologici realizzati nel rispetto delle vigenti normative		
<input type="checkbox"/> 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 erogazione di prestazioni statiche e dinamiche di gruppo, se previste avente una superficie minima di almeno mq. 30,00 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 mq. 5,00 cadauno, se previsti	n.	superficie mq.
<input type="checkbox"/> locale o spazio per il deposito dello sporco	<input type="checkbox"/> locale o spazio per il deposito del pulito	
<input type="checkbox"/> spazi per il deposito del materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni		
Descrizione dell'ambiente operativo dello studio di fisioterapia:		

<b>2. Servizi igienici</b>		
<input type="checkbox"/> servizio igienico e locale spazio spogliatoio per gli utenti, accessibile alle persone con disabilità		
<input type="checkbox"/> servizio igienico o spazio spogliatoio per il professionista distinti per sesso nel caso di più professionisti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Indicare il numero di servizi igienici, specificando se per il personale o per gli utenti, se divisi per sesso, se accessibile ai disabili, dimensioni, modalità di ventilazione ecc.:		
<b>3. Sala d'attesa</b>		
superficie complessiva sala d'attesa mq.	<input type="checkbox"/> presenza di zona destinata ad attività amministrativa e archivio	
illuminazione e ventilazione <input type="checkbox"/> naturale <input type="checkbox"/> artificiale	specifiche:	
<input type="checkbox"/> dotazione 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 di attesa:		
<b>4. Requisiti tecnologici</b>		
Dettagliare le attrezzature, ove necessarie, utilizzate per l'erogazione delle varie tipologie di prestazioni terapeutiche:		
Dettagliare le attrezzature elettromedicali utilizzate per terapie fisiche e strumentali di supporto e completamento all'esercizio terapeutico:		
<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 la rianimazione cardiopolmonare di base (ventilatore manuale tipo Ambu):		
<input type="checkbox"/> schedari o altri sistemi (cartacei o informatizzati) che consentano la registrazione delle prestazioni e la conservazione della documentazione del paziente		
<b>4.3 – Laboratori di analisi (DPR 14/01/1997)</b>		
<b>1. Tipologia di laboratorio</b>		
<input type="checkbox"/> laboratorio generale di base	<input type="checkbox"/> laboratorio generale di base con settori specializzati	<input type="checkbox"/> laboratorio specializzato
Indicare settore di specializzazione:		
<b>2. Spazi analitici</b>		
Dettagliare gli spazi per le attività di analisi, specificando il numero dei locali destinati a ogni settore specializzato, la superficie complessiva e la superficie a disposizione di ogni operatore:		
<b>3. Spazi di supporto</b>		
<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:	
Descrizione degli spazi per il prelievo:		
<b>4. Spazi per il prelievo</b>		

<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:
Descrizione degli spazi per il prelievo:	

5. Dotazione strumentale	
Riportare l'elenco delle attrezzature e delle apparecchiature elettroniche utilizzate:	

6. Note e ulteriori caratteristiche
Indicare note o ulteriori elementi emersi dalla verifica di conformità con le vigenti norme in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici e 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 <b>sezione 2</b>	
<b>DICHIARA ALTRESÌ</b>	
<input type="checkbox"/>	Di aver stipulato idonea polizza assicurativa per la copertura dei rischi professionali derivanti dalla sottoscrizione della presente dichiarazione di conformità
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Polizza personale <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/>	La perfetta corrispondenza e identità fra i documenti cartacei e quelli digitali allegati alla Domanda Unica
<b>In base alle verifiche effettuate, con la presente, consapevole delle responsabilità che assume in caso di dichiarazioni mendaci</b>	
<b>ATTESTA</b>	
<input type="checkbox"/>	la piena conformità dell'intervento rispetto alle vigenti norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie
<input type="checkbox"/>	che la struttura sanitaria di che trattasi rispetta le vigenti normative in materia <b>di protezione antincendio</b> (D.M. 18/09/2202), <b>di protezione acustica</b> (Direttiva 2003/10/CE), <b>di sicurezza elettrica</b> (L. 46/1990, DPR 447/1991, Norme CEI 68-4 Sezione 710), <b>di sicurezza antinfortunistica e igiene dei luoghi di lavoro</b> (D.Lgs. n. 626/1994 e s.m.i.), <b>di protezione dalle radiazioni ionizzanti</b> (per gli studi professionali che utilizzano apparecchiature radiologiche – D.Lgs. 26/05/2000 n. 187), <b>di eliminazione delle barriere architettoniche</b> (D.M. 14/06/1989 n. 236), <b>di smaltimento dei rifiuti, delle condizioni microclimatiche, degli impianti di distribuzione dei gas medicali, dei materiali esplosivi, di edilizia e urbanistica</b>
<input type="checkbox"/>	che, per i profili relativi alla presente dichiarazione di conformità, <input type="checkbox"/> sono previste <input type="checkbox"/> non sono previste valutazioni discrezionali da parte dei competenti uffici della Pubblica Amministrazione
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	di aver ottemperato alle disposizioni di cui all'art. 9 del D.L. n. 1/2012, convertito con Legge n. 27/2012, circa l'obbligo di comunicare al committente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal conferimento fino alla conclusione dell'incarico, e di aver indicato i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale

8. Data e firma del tecnico incaricato	
Luogo e data	/ /
Timbro e firma del tecnico incaricato	
N.B. 1: Documento da firmare digitalmente (DPR n. 445/2000 e D.Lgs. n. 82/2005). La firma deve essere replicata, anche in forma di sigla, in tutte le pagine del presente modulo	

9. Informativa sulla privacy (art. 13 D.Lgs. n. 196/2003)
<p>Ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali si forniscono le seguenti informazioni:</p> <p><b>Finalità del trattamento:</b> I dati personali dichiarati saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la presente segnalazione viene resa.</p> <p><b>Modalità:</b> Il trattamento avverrà sia con strumenti cartacei sia su supporti informatici a disposizione degli uffici.</p> <p><b>Ambito di comunicazione:</b> I dati verranno comunicati a terzi ai sensi della l. n. 241/1990, ove applicabile, e in caso di verifiche ai sensi dell'art. 71 del d.P.R. n. 445/2000.</p> <p><b>Diritti:</b> Il sottoscrittore può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 rivolgendo le richieste al SUAP.</p> <p style="text-align: right;">Si acconsente al trattamento dei dati (firma) _____</p>