

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

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

<p>2. Specifiche relative all'attività</p>										
<p>Il sottoscritto <i>(nome e cognome)</i></p>										
<p>I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella Domanda Unica</p>										
<p style="text-align: center;">DICHIARA</p>										
<p>Quanto contenuto nei seguenti quadri:</p>										
<p><i>N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione</i></p>										
<p>2.1 – Tipologia di esercizio</p>										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Studio Medico Professionale</td> <td><input type="checkbox"/> Ambulatorio Medico</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Studio Medico Professionale	<input type="checkbox"/> Ambulatorio Medico								
<input type="checkbox"/> Studio Medico Professionale	<input type="checkbox"/> Ambulatorio Medico									
<p>2.2 – Tipologia di funzione operativa</p>										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assistenza specialistica ambulatoriale</td> <td><input type="checkbox"/> Centro di salute mentale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Servizi di medicina di laboratorio</td> <td><input type="checkbox"/> Consultorio familiare</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Attività di diagnostica per immagini</td> <td><input type="checkbox"/> Ambulatorio chirurgico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Attività di riabilitazione</td> <td><input type="checkbox"/> Ambulatorio odontoiatrico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Centro dialisi</td> <td><input type="checkbox"/> Altro <i>(indicare)</i></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Assistenza specialistica ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Centro di salute mentale	<input type="checkbox"/> Servizi di medicina di laboratorio	<input type="checkbox"/> Consultorio familiare	<input type="checkbox"/> Attività di diagnostica per immagini	<input type="checkbox"/> Ambulatorio chirurgico	<input type="checkbox"/> Attività di riabilitazione	<input type="checkbox"/> Ambulatorio odontoiatrico	<input type="checkbox"/> Centro dialisi	<input type="checkbox"/> Altro <i>(indicare)</i>
<input type="checkbox"/> Assistenza specialistica ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Centro di salute mentale									
<input type="checkbox"/> Servizi di medicina di laboratorio	<input type="checkbox"/> Consultorio familiare									
<input type="checkbox"/> Attività di diagnostica per immagini	<input type="checkbox"/> Ambulatorio chirurgico									
<input type="checkbox"/> Attività di riabilitazione	<input type="checkbox"/> Ambulatorio odontoiatrico									
<input type="checkbox"/> Centro dialisi	<input type="checkbox"/> Altro <i>(indicare)</i>									

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.	
<input type="checkbox"/> L'attività, ai sensi dell'art. 4, comma 1 del D.P.R. n° 227 del 19/10/2011	<input type="checkbox"/> è esente dall'obbligo di predisposizione della documentazione di impatto acustico. Note:
	<input type="checkbox"/> è soggetta all'obbligo di predisposizione della documentazione di impatto acustico:
	<input type="checkbox"/> 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>)
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> è soggetta <input type="checkbox"/> non è soggetta al Controllo Prevenzione Incendi, ai sensi del DPR 151/2011 (<i>In caso positivo allegare il modulo A6</i>) Note:	
<input type="checkbox"/> L'attività prevede lo scarico di acque reflue e/o meteoriche di qualsiasi natura e tipologia?	
<input type="checkbox"/> Allega dichiarazione di conformità alle norme in materia di scarichi (modello A11)	<input type="checkbox"/> Allega segnalazione attivazione scarico acque reflue assimilate alle acque reflue domestiche (modello E11)
<input type="checkbox"/> L'attività non prevede lo scarico di acque reflue e/o meteoriche. Note:	
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 della Domanda Unica
<input type="checkbox"/>	Riportare estremi:
<input type="checkbox"/>	L'autorizzazione regionale deve essere acquisita

2.8 – Allegati		
SI	NO	Documento
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheda relativa alla tipologia di intervento proposto (apertura/subingresso/trasferimento/ecc.) [Modelli C1-6]
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia [Modello D3]
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione di conformità attestante la piena rispondenza della struttura alle vigenti norme e prescrizioni tecniche [Modello A-5 o A-5bis]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elenco delle apparecchiature elettromedicali utilizzate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relazione tecnica sulle procedure adottate per lo smaltimento degli eventuali rifiuti speciali
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione di conformità, rilasciata dalle ditte installatrici dell'impianto elettrico e di climatizzazione, comprensiva degli allegati di legge quali il progetto;
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione circa la valutazione dei rischi specifici all'interno della struttura ai sensi della vigente normativa;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento programmatico sulla sicurezza della privacy (legge n. 675 del 31 dicembre 1996 e s.m.i.).
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno

3. Data e firma

Luogo e data

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

Firma dell'interessato