MODELLO 4

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)

ESERCIZIO ATTIVITÀ SANITARIA– (Art. 1 c. 3 let b))

STUDIO PROFESSIONALE

**RACCOMANDATA R.R. Alla Regione Umbria Direzione Regionale Salute**

**Servizio: “Accreditamento - Valutazione di Qualità”**

**Via Mario Angeloni, 61 - Palazzo Broletto**

**06124 PERUGIA**

**E p.c. Al Direttore Generale della**

**Azienda Sanitaria Locale di**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Segnalazione certificata di inizio attività - SCIA per l’esercizio dell’attività sanitaria e socio-sanitaria ai sensi dell’art. 8 del regolamento della Giunta Regionale dell'Umbria n. 6 del 2 agosto 2017 emanato in applicazione dell'art. 8 ter del D. Lgs. 229/99 e della L.R. n. 11/2015.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella sua qualità di legale rappresentante della Ditta/Società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare del presidio denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICA

**🞏 l’inizio attività 🞏 l'ampliamento**

**🞏 il trasferimento 🞏 la trasformazione**

di una **struttura** sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Loc./Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da destinare a studio medico, odontoiatrico e delle altre professioni sanitarie che utilizzano apparecchiature

elettromedicali e/o esercitano attività o procedure chirurgiche *(****indicare la tipologia delle prestazioni ed attività sanitarie erogate)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione:

* dichiarazione del possesso dei requisiti di cui alla DGR n 1075 /2017
* planimetria del locale dove si intende svolgere l’attività sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d’uso dei locali nel rispetto della normativa vigente
* relazione descrittiva delle modalità di sterilizzazione dello strumentario necessario.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI

PREVISTI DALLA DGR 1075/2017

IL TITOLARE DELLO STUDIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 445/2000 il possesso dei seguenti requisiti come disposto dalla DGR n 1075/2017:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | REQUISITO | risposta |
| 1 | Lo studio ha un ingresso separato da altre attività ? |  |
| 2 | La sala per l'esecuzione delle prestazioni, garantisce il rispetto della privacy dell'utente, con area separata per spogliarsi ove necessario; corredata da lavabo a comando non manuale ? |  |
| 3 | Sono presenti spazi per attesa, accettazione, attività amministrative ? |  |
| 4 | Il servizio igienico, se unico, ha un accesso indipendente dalla sala per le prestazioni ? |  |
| 5 | Sono presenti spazio/locale per deposito di materiale pulito ? |  |
| 6 | Sono presenti spazio/locale per deposito di materiale sporco ? |  |
| 7 | Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni ? |  |
| 8 | in tutti i locali operativi sono assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturale o artificiale nel rispetto della norma ? |  |
| 9 | Lo studio dispone di attrezzature e presìdi medico-chirurgici e farmaci in relazione alla specificità dell'attività svolta, anche ai fini della gestione delle emergenze ? |  |
| 10 | Lo studio dispone di apposito spazio/locale per la sterilizzazione dello strumentario nei casi in cui ciò sia necessario ? |  |
| 11 | Lo studio ha una corretta gestione di tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza che devono portare in evidenza la data della scadenza stessa ? |  |

Eventuali note per ulteriori spiegazioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_