MODELLO 5

CONFERMA REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

 **RACCOMANDATA R.R.**

 **Alla Regione Umbria Direzione Regionale Salute**

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

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

 **06124 PERUGIA**

 **Al Direttore Generale della**

 **Azienda Sanitaria Locale di**

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

Comunicazione di conferma di attività sanitaria equiparabile a quanto disposto dall’art. 9 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/ per le strutture disciplinate dall’articolo 1 comma 3 lettera b) dello stesso regolamento.

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

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

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

nella sua qualità di titolare dello Studio professionale denominato: 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):***

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

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

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

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

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

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **già autorizzato con atto rilasciato da** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**in data** \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

DICHIARA

che i requisiti posseduti dalla **struttura** soddisfano quelli indicati nella DGR n 1075/2017

A tal fine allega la seguente documentazione:

* dichiarazione del possesso dei requisiti di cui alla DGR n 1075/2017
* planimetria del locale dove viene svolta 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_