

<p>Spazio per la vidimazione da parte del SUAP</p>	<p>ALLEGATO A-5</p> <p>Dichiarazione di conformità dell'impianto alle vigenti norme (L.R. n° 3/2008, art. 1, comma 21)</p> <p>CONFORMITA' ALLE NORME IN MATERIA DI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE SANITARIE</p>
--	--

1. Dati dell'intervento
1.1 – Ubicazione intervento
1.2 – Proprietario dei locali
1.3 – Soggetto che esercita l'attività nei locali di cui trattasi
1.4 – Riportare descrizione intervento

2. Dati del tecnico incaricato		
IL SOTTOSCRITTO		
Qualifica (Ing., Arch. Geom., ecc.)	Iscritto all'albo della Provincia di	N° iscrizione
Cognome	Nome	
Studio: Comune di	C.A.P.	Provincia
Indirizzo		N°
Telefono	Cellulare	
Fax	E-mail	
In relazione ai lavori sopra richiamati, meglio specificati nella dichiarazione autocertificativa e negli elaborati di progetto		
DICHIARA		
Quanto contenuto nei seguenti quadri		

3. Specifiche dell'attività	
3.1 – Individuazione della 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 analisi
<input type="checkbox"/> Altro (<i>indicare</i>)	
Descrizione sintetica della tipologia della struttura sanitaria e delle prestazioni ivi erogate:	

4. Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi	
4.1 – Studi Medici Professionali e Ambulatori Medici (D.P.R. 14/01/1997 e D.G.R. n° 13/17 del 04/03/2008)	
4.1.1 – Ambiente operativo	
Superficie interna: mq	
Illuminazione e ventilazione (<i>indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche</i>):	
<input type="checkbox"/> Protezione delle pareti con materiali lavabili fino ad un'altezza minima di 2 m.	
<input type="checkbox"/> Presenza di un lavabo con rubinetteria monocomando	<input type="checkbox"/> Locale o spazio per il deposito pulito
<input type="checkbox"/> Locale o spazio per il deposito dello sporco	<input type="checkbox"/> Dotazione Kit di emergenza e rianimazione
Descrizione dell'ambiente operativo dello studio medico:	
4.1.2 – Servizi igienici	
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.	
4.1.3 – Sala d'attesa	

<input type="checkbox"/> Presenza di Box per le attività di terapia fisica strumentale individuale della superficie minima di 5 mq cad., se previste.	N°	Superficie mq.
<input type="checkbox"/> Locale o spazio per il deposito dello sporco	<input type="checkbox"/> Locale o spazio per il deposito pulito	
<input type="checkbox"/> Spazi per il deposito del materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni		
Descrizione dell'ambiente operativo dello studio di fisioterapia:		
4.2.2 – Servizi igienici		
<input type="checkbox"/> Servizio igienico e locale spazio spogliatoio per gli utenti, accessibile alle persone con disabilità.		
<input type="checkbox"/> Servizio igienico e locale o spazio spogliatoio per il professionista. Nel caso all'interno della struttura operino più professionisti i locali o spazi spogliatoio devono essere distinti per sesso.		
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.		
4.2.3 – Sala d'attesa		
Superficie complessiva della sala d'attesa:		
<input type="checkbox"/> Presenza di una zona destinata all'attività amministrativa e di archivio		
Illuminazione e ventilazione (indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche):		
Descrizione sintetica delle caratteristiche della sala d'attesa:		
4.2.4 – Requisiti tecnologici		
Dettagliare le attrezzature, ove necessarie, utilizzate per l'erogazione delle varie tipologie di prestazioni terapeutiche:		

<p>Dettagliare le attrezzature elettromedicali utilizzate per terapie fisiche e strumentali di supporto e completamento all'esercizio terapeutico:</p>	
<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 le rianimazione cardiopolmonare di base (ventilatore manuale tipo Ambu)	
<input type="checkbox"/> Schedari e/o altri sistemi (cartacei o informatizzati) che consentano la registrazione delle prestazioni e la conservazione della documentazione del paziente	
<p>4.3 – Laboratori di analisi (D.P.R. 14/01/1997 e D.G.R. n° 13/17 del 04/03/2008)</p>	
<p>4.3.1 – Tipologia del laboratorio</p>	
<input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base	<input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base con settori specializzati
<input type="checkbox"/> Laboratorio specializzato	
<p>Indicare settori di specializzazione:</p>	
<p>4.3.2 – Spazi analitici</p>	
<p>Dettagliare gli spazi per le attività di analisi, specificando il numero dei locali destinati ad ogni settore specializzato, la superficie complessiva e la superficie a disposizione di ogni operatore:</p>	
<p>4.3.3 – Spazi di supporto</p>	
<input type="checkbox"/> Locale per il trattamento del materiale d'uso	<p>Dettagli:</p>
<input type="checkbox"/> Locale per ufficio e archivio	<p>Dettagli:</p>
<input type="checkbox"/> Locale spogliatoio	<p>Dettagli:</p>
<input type="checkbox"/> Bagno per il personale	<p>Dettagli:</p>
<p>Descrizione degli spazi di supporto:</p>	
<p>4.3.4 – Spazi per il prelievo</p>	
<input type="checkbox"/> Locale per i prelievi	<p>Dettagli:</p>
<input type="checkbox"/> Sala d'attesa	<p>Dettagli:</p>
<input type="checkbox"/> Bagno per utenti, accessibile ai disabili	<p>Dettagli:</p>
<p>Descrizione degli spazi per il prelievo:</p>	

7. Dichiarazione di conformità	
Il sottoscritto (nome e cognome del tecnico incaricato)	
I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella precedente sezione 2	
DICHIARA ALTRESI'	
<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"/> 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
	Indicare importo stimato dei lavori
In base alle verifiche effettuate, con la presente, ai sensi dell'art. 1, comma 21 della L.R. n° 3/2008	
ATTESTA	
→ La piena conformità dell'intervento rispetto alle vigenti norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie	
→ Che la struttura sanitaria di cui trattasi rispetta le vigenti normative in materia di Protezione antincendio (D.M. 18/09/2002); Protezione acustica (Direttiva 2003/10/CE); Sicurezza elettrica (vedi L. 46/90 – D.P.R. 447/91 – Norme C.E.I. 64-8 Sezione 710); Sicurezza antinfortunistica e igiene dei luoghi di lavoro (D.lgs. 626/94 e s.m.i.); Protezione dalle radiazioni ionizzanti (per gli studi professionali che utilizzano apparecchiature radiologiche) (D.lgs. 26/05/2000 n. 187); Eliminazione barriere architettoniche (D.M. 14/06/1989 n. 236); Smaltimento dei rifiuti; Condizioni microclimatiche; Impianti distribuzione dei gas medicali; Materiali esplosivi; Edilizia ed urbanistica.	
→ Che, per i profili relativi alla presente dichiarazione di conformità, non sono previste valutazioni discrezionali da parte dei competenti uffici della Pubblica Amministrazione.	
→ 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.	
8. Data e firma del tecnico incaricato	
Luogo e data	Timbro e firma del tecnico incaricato
<i>N.B: La firma deve essere replicata, anche in forma di sigla, in tutte le pagine del presente modulo</i>	