

Tipologia dell'attività imprenditoriale	STRUTTURE SANITARIE Testo Unico delle leggi sanitarie
---	---

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

2. Specifiche relative all'attività		
..L.. SOTTOSCRITT...		
Cognome	Nome	
i cui dati anagrafici completi sono contenuti nella Domanda Unica		
DICHIARA		
quanto contenuto nei seguenti quadri (in caso di variazioni in attività già esistenti riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione)		
2.1 Tipologia dell'esercizio		
<input type="checkbox"/> Studio medico professionale	<input type="checkbox"/> Ambulatorio medico	
2.2 Tipologia di funzione operativa		
<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 (specificare):	
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"/> oncologia	<input type="checkbox"/> diagnostica per immagini-medicina nucleare
	<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 (specificare):	
Servizi di medicina di laboratorio	<input type="checkbox"/> genetica	<input type="checkbox"/> anatomia e istologia patologica
	<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 (specificare):	
Attività di recupero e rieducazione funzionale	<input type="checkbox"/> riabilitazione cardiologica	<input type="checkbox"/> riabilitazione pneumologica
	<input type="checkbox"/> medicina fisica e riabilitazione- recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	
	<input type="checkbox"/> altro (specificare):	
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 (ambiente operativo, servizi igienici e sala d'attesa) e organizzativi	
<input type="checkbox"/>	Ai sensi dell'art. 4, comma 1, del DPR n. 227 del 19/10/2011, l'attività è:	<input type="checkbox"/> esente dall'obbligo di predisposizione della documentazione di impatto acustico
		<input type="checkbox"/> 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 (→ allegare scheda E14)
		<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 (→ allegare scheda A11)
<input type="checkbox"/>	La struttura è soggetta al Controllo Prevenzione Incendi, ai sensi del DPR 151/2011 (→ in caso positivo allegare la scheda F17)	
<input type="checkbox"/>	La struttura non è soggetta al Controllo Prevenzione Incendi, ai sensi del DPR 151/2011 (se il titolo abilitativo è già conseguito, riportare gli estremi nel campo "note" - non è necessario presentare la scheda F17)	
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 (→ scheda A12)
		<input type="checkbox"/> allega segnalazione attivazione scarico acque reflue assimilate alle acque reflue domestiche (→ scheda E13)
<input type="checkbox"/>	L'attività non prevede lo scarico di acque reflue e/o meteoriche	
2.7 Parere di compatibilità		
Relativamente all'autorizzazione regionale il sottoscritto precisa che:		
<input type="checkbox"/>	l'autorizzazione regionale non è necessaria per la struttura di cui trattasi in quanto (specificare la motivazione)	
<input type="checkbox"/>	l'autorizzazione regionale è già stata acquisita preventivamente alla presentazione della Domanda Unica ed ha i seguenti estremi:	
<input type="checkbox"/>	l'autorizzazione regionale dev'essere acquisita	

3. Allegati	
<input type="checkbox"/>	Scheda relativa alla tipologia di intervento proposto (apertura/subingresso/trasferimento/ecc.) → scheda C01/C06
<input type="checkbox"/>	Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia → scheda D03
<input type="checkbox"/>	Dichiarazione di conformità alle norme in materia igienico-sanitaria → scheda A04
<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 ed eventuali ambienti destinati ad uffici, archivi o magazzini
<input type="checkbox"/>	Dichiarazione di conformità attestante la piena rispondenza della struttura alle vigenti norme e prescrizioni tecniche → scheda A05
<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 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"/>	Elenco delle apparecchiature elettromedicali utilizzate
<input type="checkbox"/>	Relazione tecnica sulle procedure adottate per lo smaltimento degli eventuali rifiuti speciali
<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 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"/>	Dichiarazione circa la valutazione dei rischi specifici all'interno della struttura ai sensi della vigente normativa
<input type="checkbox"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
<input type="checkbox"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno

4. Data e firma del l'interessato	
Luogo e data	/ /
Firma dell'interessato (Per le società anche il timbro)	
N.B. : 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	

5. Informativa sulla privacy (art. 13 D.Lgs. n. 196/2003)	
Ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali si forniscono le seguenti informazioni:	
Finalità del trattamento: I dati personali dichiarati saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la presente segnalazione viene resa.	
Modalità: Il trattamento avverrà sia con strumenti cartacei sia su supporti informatici a disposizione degli uffici.	
Ambito di comunicazione: 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.	
Diritti: 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.	
Si acconsente al trattamento dei dati (firma) _____	