

<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. n°133/2008,)</p> <p>CONFORMITA' ALLE NORME IN MATERIA DI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE SANITARIE</p>
--	--

1. Dati generali dell'intervento
1.1 – Ubicazione intervento <i>(Riportare contenuto del quadro 2 del MODELLO UNICO)</i>
1.2 – Generalità dell'interessato <i>(Soggetto indicato al quadro 1 del MODELLO UNICO)</i>
1.3 – Riportare descrizione sintetica dell'intervento <i>(Sunto dei quadri 5 e 6 del MODELLO UNICO)</i>

2. Dati del tecnico incaricato		
IL SOTTOSCRITTO		
Qualifica (Ing., Arch. Geom., ecc.)	Iscritto all'albo della Provincia di	N° iscrizione
Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
<input type="checkbox"/> Legale rappresentante della società		
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 (indicare)	
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)	
4.1.1 – Ambiente operativo	
Superficie interna: mq	
Illuminazione e ventilazione (indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche):	
<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
Superficie complessiva della sala d’attesa:
<input type="checkbox"/> Presenza di una zona destinata all’attività amministrativa e di archivio
Illuminazione e ventilazione (<i>indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche</i>):
<input type="checkbox"/> Dotazione di un sistema di illuminazione di emergenza che garantisca un grado di luminosità idoneo all’attività esercitata, ai sensi delle vigenti normative in materia
Descrizione sintetica delle caratteristiche della sala d’attesa:
4.1.4 – Altri requisiti generali
Indicare i requisiti strutturali e tecnologici previsti dal D.P.R. 14/01/1997 per l’attività da svolgersi, evidenziando le specifiche della struttura di cui trattasi in relazione al rispetto di detti requisiti:
4.2 – Studi Professionali di Fisioterapia
4.2.1 – Ambiente operativo
Superficie interna: mq
Illuminazione e ventilazione (<i>indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche</i>):
<input type="checkbox"/> Pareti e pavimenti realizzati con materiali lavabili e disinfettabili
<input type="checkbox"/> Impianti tecnologici realizzati nel rispetto delle vigenti normative
<input type="checkbox"/> Le apparecchiature elettromedicali utilizzate garantiscono la massima sicurezza nei confronti del paziente e dell’operatore, attraverso un piano documentato per la manutenzione ordinaria e straordinaria, nonché per le verifiche stabilite dalle vigenti normative, per ogni singolo apparecchio utilizzato.

<input type="checkbox"/> La struttura dispone di adeguata segnaletica di orientamento esterna e interna		
<input type="checkbox"/> Presenza di un locale per l'erogazione di prestazioni statiche e dinamiche di gruppo, se previste, avente una superficie minima di almeno 30 mq., per un numero massimo di 8 assistiti		Superficie mq.
<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:		

Dettagliare le attrezzature elettromedicali utilizzate per terapie fisiche e strumentali di supporto e completamento all'esercizio terapeutico:

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)

Schedari e/o altri sistemi (cartacei o informatizzati) che consentano la registrazione delle prestazioni e la conservazione della documentazione del paziente

4.3 – Laboratori di analisi (D.P.R. 14/01/1997)

4.3.1 – Tipologia del laboratorio

<input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base	<input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base con settori specializzati	<input type="checkbox"/> Laboratorio specializzato
---	---	--

Indicare settori di specializzazione:

--

4.3.2 – Spazi analitici

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:

4.3.3 – Spazi di supporto

<input type="checkbox"/> Locale per il trattamento del materiale d'uso	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Locale per ufficio e archivio	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Locale spogliatoio	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Bagno per il personale	Dettagli:

Descrizione degli spazi di supporto:

4.3.4 – Spazi per il prelievo

<input type="checkbox"/> Locale per i prelievi	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Sala d'attesa	Dettagli:
<input type="checkbox"/> Bagno per utenti, accessibile ai disabili	Dettagli:

Descrizione degli spazi per il prelievo:

--

5. Dotazione strumentale

Riportare l'elenco delle attrezzature e delle apparecchiature elettromedicali utilizzate:

6. Note ed ulteriori caratteristiche

Indicare note o ulteriori elementi emersi dalla verifica di conformità con le vigenti norme in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie:

7. Dichiarazione di conformità	
Il sottoscritto <i>(nome e cognome del tecnico incaricato)</i>	
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	Importo stimato dei lavori
→ Firma per accettazione della polizza da parte del committente:	
<input type="checkbox"/>	La perfetta corrispondenza e identità fra i documenti cartacei e quelli contenuti sul supporto digitale
In base alle verifiche effettuate, con la presente, ai sensi dell'art. 38 L. n°133/2008	
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, <input type="checkbox"/> non sono previste <input type="checkbox"/> 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	
<p>N.B: La firma deve essere replicata, anche in forma di sigla, in tutte le pagine del presente modulo</p>	