

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

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

<b>2. Dati del tecnico incaricato</b>		
<b>IL SOTTOSCRITTO</b>		
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	
<b>In relazione ai lavori sopra richiamati, meglio specificati nella dichiarazione autocertificativa e negli elaborati di progetto</b>		
<b>DICHIARA</b>		
<b>Quanto contenuto nei seguenti quadri</b>		

### 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 (*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:

Presenza di una zona destinata all’attività amministrativa e di archivio

Illuminazione e ventilazione (*indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche*):

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 (D.G.R. n° 13/17 del 04/03/2008)

### 4.2.1 – Ambiente operativo

Superficie interna: mq

Illuminazione e ventilazione (*indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche*):

Pareti e pavimenti realizzati con materiali lavabili e disinfettabili

Impianti tecnologici realizzati nel rispetto delle vigenti normative

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.



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 e D.G.R. n° 24/38 del 27/05/2004)

#### 4.3.1 – Tipologia del laboratorio

Laboratorio generale di base       Laboratorio generale di base con settori specializzati       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

Locale per il trattamento del materiale d'uso      Dettagli:

Locale per ufficio e archivio      Dettagli:

Locale spogliatoio      Dettagli:

Bagno per il personale      Dettagli:

Descrizione degli spazi di supporto:

#### 4.3.4 – Spazi per il prelievo

Locale per i prelievi      Dettagli:

Sala d'attesa      Dettagli:

Bagno per utenti, accessibile ai disabili      Dettagli:

Descrizione degli spazi per il prelievo:



## 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'

Di aver stipulato idonea polizza assicurativa per la copertura dei rischi professionali derivanti dalla sottoscrizione della presente dichiarazione di conformità

Polizza personale

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:

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. 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

**N.B:** La firma deve essere replicata, anche in forma di sigla, in tutte le pagine del presente modulo