

<p>ALLEGATO B-6</p> <p>Strutture Sanitarie (L.R. n° 10/2006)</p> <p>Si usa per: Studi professionali non medici e strutture ambulatoriali rientranti nella competenza del SUAP, di cui alla legge regionale n° 10/2006. Il procedimento SUAP non si applica agli studi professionali medici.</p>	<p>Al presente modello devono essere associati i seguenti ulteriori moduli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C1, C2, C3, C4 o C5 a seconda dell'iniziativa da realizzare - D3 e A5 sempre - E16 o A11 a seconda della natura dello scarico e della destinazione delle acque reflue <p><i>N.B: Per particolari caratteristiche dell'iniziativa da realizzare, dell'attività da esercitare o in conseguenza di particolari vincoli gravanti sulla zona, verificare presso il SUAP la necessità di ulteriori modelli</i></p> <hr/> <p>[Riservato all'ufficio SUAP] Il presente modello comporta l'attivazione dei seguenti endoprocedimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strutture sanitarie di competenza comunale: esercizio dell'attività - Strutture sanitarie: verifiche ASL - Strutture sanitarie: notifica Ass.to Regionale Sanità <p>Ed inoltre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fascicolo informatico CCIAA
--	--

1. Dati generali dell'intervento

Le dichiarazioni contenute in questo modello sono connesse a quelle riportate su tutti i documenti trasmessi al SUAP contestualmente al primo avvio della pratica e indicati nel modello di riepilogo, ovvero (per i casi di integrazioni successive) alla pratica indicata nel modello F9.

2. Specifiche relative all'attività

Il sottoscritto (nome e cognome)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella dichiarazione autocertificativa unica

DICHIARA

Quanto contenuto nei seguenti quadri:

N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione

2.1 – Tipologia di esercizio

Specificare se trattasi di	<input type="checkbox"/> Attività ad alta complessità (competenza regionale, fuori SUAP)	
	<input type="checkbox"/> Attività specialistiche ambulatoriali	<input type="checkbox"/> Attività a media complessità (competenza regionale, fuori SUAP)
	<input type="checkbox"/> Attività a bassa complessità (competenza SUAP comunale)	
	<input type="checkbox"/> Studi di professionisti sanitari (competenza comunale, fuori SUAP)	

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 (indicare)

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"/> Diagnostica per immagini – Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Oncologia
	<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 (<i>specificare</i>)	
Servizi di medicina di laboratorio	<input type="checkbox"/> Anatomia e istologia patologica	<input type="checkbox"/> Genetica
	<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/> Immunoematologia e servizi trasfusionali
	<input type="checkbox"/> Laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche	
	Altro (<i>specificare</i>)	
Attività di recupero e rieducazione funzionale	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione / Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	
	<input type="checkbox"/> Riabilitazione cardiologica	<input type="checkbox"/> Riabilitazione pneumologica
	<input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>)	
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 di cui alla Delibera di Giunta Regionale n° 13/17 del 4.3.2008, e alla Delibera di Giunta Regionale n° 34/26 del 10.10.2010, relativamente ai Requisiti minimi strutturali e tecnologici (<i>ambiente operativo servizi igienici e sala d'attesa</i>) e organizzativi		
2.7 – Parere di compatibilità		
<i>Rispetto al parere regionale di compatibilità di cui all'art. 5 della L.R. n° 10/2006, il sottoscritto precisa che:</i>		
<input type="checkbox"/>	Il parere regionale di compatibilità non è necessario per la struttura di cui trattasi, in quanto (<i>specificare motivazione nella riga sottostante</i>)	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Il parere regionale di compatibilità è già stato acquisito preventivamente rispetto alla presentazione della DUAAP	
<input type="checkbox"/>	Riportare estremi:	

2.8 – Allegati	
<input type="checkbox"/>	Planimetria QUOTATA, in scala 1:100 o 1:200, dell'esercizio, con evidenziate le superfici distinte per ambienti operativi di lavoro, sala d'attesa, servizi igienici e eventuali ambienti destinati ad uffici, archivi o magazzini.
<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;

3. Note

4. Data e firma
Luogo e data
Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR. 28/2000, n. 445, e del D.lgs., 7 marzo 2005, n. 82
Firma dell'interessato
<i>Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →</i>
N.B. In caso di procura speciale ai sensi dell'art. 1392 C.C., il presente modello va sottoscritto con firma autografa dal soggetto delegante e conservato in originale dal procuratore, il quale provvederà a firmare digitalmente il modello inviato al SUAP.

*N.B. Il presente documento, sottoscritto mediante firma digitale, costituisce ad ogni effetto di legge copia originale, con l'efficacia prevista dall'art. 21 del D.lgs. 82/2005 e s.m.i. .
Esso è inviato al SUAP, esclusivamente per via telematica, non essendo prevista alcuna trasmissione di documentazione su supporto cartaceo.*

Cronologia degli aggiornamenti del modello: **B6**

Data	Modifica apportata	La modifica è sostanziale, e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti?
02/02/2014	Modificato il quadro 2.1	No
16/07/2013	Eliminato l'ultimo rigo del quadro 2.7	No
09/07/2013	Modificato il frontespizio con l'indicazione dell'esclusione dalla competenza del SUAP per gli studi professionali medici	No
07/01/2013	Allegati: eliminazione dell'obbligo di firma da parte di un tecnico abilitato sulla planimetria dell'attività	No
24/09/2012	Al quadro 2.8, eliminato il riferimento al documento programmatico sulla sicurezza della privacy	No
26/06/2012	Modificata l'intestazione, con l'indicazione degli endoprocedimenti connessi e degli ulteriori modelli collegati Modificato il quadro 1 Modificato l'elenco degli allegati Aggiunto il quadro 3 "note"	No