

**ALLEGATO A-5****Dichiarazione di conformità dell'impianto alle vigenti norme**

(L.R. n° 3/2008, art. 1, comma 21)

**CONFORMITA' ALLE NORME IN MATERIA DI REQUISITI STRUTTURALI  
TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE SANITARIE****1. Dati generali dell'intervento****1.1 – Ubicazione intervento (Riportare contenuto del quadro 2 della DUAAP)****1.2 – Generalità dell'interessato (Soggetto indicato al quadro 1 della DUAAP)****1.3 – Riportare descrizione sintetica dell'intervento (Sunto dei quadri 5 e 6 della DUAAP)****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**

Sigla del tecnico incaricato

<b>3. Specifiche dell'attività</b>	
<b>3.1 – Individuazione della tipologia della struttura sanitaria</b>	
<b>Studio Medico Professionale</b>	<b>Ambulatorio Medico</b>
<b>Studio Professionale di Fisioterapia</b>	<b>Laboratorio analisi</b>
<b>Altro (indicare)</b>	
Descrizione sintetica della tipologia della struttura sanitaria e delle prestazioni ivi erogate:	

<b>4. Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi</b>	
<b>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)</b>	
<b>4.1.1 – Ambiente operativo</b>	
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:	
<b>4.1.2 – Servizi igienici</b>	
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.	

<b>4.1.3 – Sala d’attesa</b>
Superficie complessiva della sala d’attesa:
Presenza di una zona destinata all’attività amministrativa e di archivio
Illuminazione e ventilazione ( <i>indicare se naturale o artificiale, con relative specifiche</i> ):
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
<b>Descrizione sintetica delle caratteristiche della sala d’attesa:</b>
<b>4.1.4 – Altri requisiti generali</b>
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:
<b>4.2 – Studi Professionali di Fisioterapia (D.G.R. n° 13/17 del 04/03/2008)</b>
<b>4.2.1 – Ambiente operativo</b>
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.

La struttura dispone di adeguata segnaletica di orientamento esterna e interna		
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.
Presenza di Box per le attività di terapia fisica strumentale individuale della superficie minima di 5 mq cad., se previste.	N°	Superficie mq.
Locale o spazio per il deposito dello sporco	Locale o spazio per il deposito pulito	
Spazi per il deposito del materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni		
Descrizione dell'ambiente operativo dello studio di fisioterapia:		
<b>4.2.2 – Servizi igienici</b>		
Servizio igienico e locale spazio spogliatoio per gli utenti, accessibile alle persone con disabilità.		
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.		
<b>4.2.3 – Sala d'attesa</b>		
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:		
<b>4.2.4 – Requisiti tecnologici</b>		
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>	
<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)</p>	
<p><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>	
<p><b>4.3 – Laboratori di analisi (D.P.R. 14/01/1997 e D.G.R. n° 24/38 del 27/05/2004)</b></p>	
<p><b>4.3.1 – Tipologia del laboratorio</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base      <input type="checkbox"/> Laboratorio generale di base con settori specializzati      <input type="checkbox"/> Laboratorio specializzato</p>	
<p>Indicare settori di specializzazione:</p>	
<p><b>4.3.2 – Spazi analitici</b></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><b>4.3.3 – Spazi di supporto</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> Locale per il trattamento del materiale d'uso</p>	<p>Dettagli:</p>
<p><input type="checkbox"/> Locale per ufficio e archivio</p>	<p>Dettagli:</p>
<p><input type="checkbox"/> Locale spogliatoio</p>	<p>Dettagli:</p>
<p><input type="checkbox"/> Bagno per il personale</p>	<p>Dettagli:</p>
<p>Descrizione degli spazi di supporto:</p>	
<p><b>4.3.4 – Spazi per il prelievo</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> Locale per i prelievi</p>	<p>Dettagli:</p>
<p><input type="checkbox"/> Sala d'attesa</p>	<p>Dettagli:</p>
<p><input type="checkbox"/> Bagno per utenti, accessibile ai disabili</p>	<p>Dettagli:</p>
<p>Descrizione degli spazi per il prelievo:</p>	

--

## **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 (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

Sigla del tecnico incaricato