

MODELLO 8

**dichiarazione sostitutiva
possesso requisiti**

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____
(indirizzo completo)

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

in qualità di _____
(titolare/legale rappresentante)

di _____
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in _____
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA _____

in possesso di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria

rilasciata dal Comune di _____

per la struttura privata denominata _____

ubicata nella/e seguente/i sede/i _____
(indirizzo completo)

telefono _____ fax _____

indirizzo Pec _____

indirizzo email _____

Per l'erogazione delle prestazioni di:

specialistica e diagnostica ambulatoriale(B)

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura³⁷

per le seguenti discipline ³⁸	attività ³⁹
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti (C)

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura⁴⁰

per le seguenti discipline ⁴¹	attività ⁴²
_____	_____
_____	_____
_____	_____

per un totale di posti letto _____

ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta (D)

nella/e seguente/i tipologia/e di struttura⁴³

per un n. posti diurno _____ n. ciclo continuativo _____

37 Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera B1. In caso di B2 indicare le disabilità

38 Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2

39 Indicare le attività per le quali sono previsti requisiti specifici individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B1. In caso di B2 indicare le disabilità

40 Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera C.

41 Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2

42 Indicare le attività per le quali sono previsti requisiti specifici individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera C.

43 Indicare la/le tipologia/e di Struttura individuata/e fra quelle indicate nell'allegata tabella 1 il cui codice inizia con la lettera D.

disabilità trattate _____

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi così come disposto dagli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

il possesso dei requisiti previsti dal regolamento n. 79/R/2016

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

_____ Firma⁴⁴

ALLEGA le liste di autovalutazione:

Istruzioni per la compilazione

- Compilare solo le parti di interesse;
- indicare tutte le sedi del presidio;
- per ciascuna sede, riportare la/le tipologie presenti e per ciascuna tipologia, gli elementi richiesti (disciplina, attività svolta, n. posti complessivi). Le righe contenenti le informazioni di dettaglio possono essere duplicate;
- in presenza di più discipline, indicare le attività per ciascuna disciplina;

Per la corretta compilazione riferirsi alle tabelle allegate

TABELLE

Tabella 1: tipologie di struttura in relazione al regime di erogazione delle prestazioni

⁴⁴Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

B1.1	Medicina di Laboratorio
B1.2	Radiologia Diagnostica
B1.3	Medicina Nucleare
B1.4	Cardiologia
B1.5	Endoscopia
B1.6	Radioterapia
B1.7	Chirurgia Ambulatoriale
B1.8	Dialisi
B1.9	Medicina Fisica e Riabilitazione
B1.10	Odontoiatria
B1.11	Procreazione medicalmente assistita
B1.12	Medicina dello sport
B1.13	Sevizi di genetica medica
B1.14	Servizi di medicina trasfusionale
B2.1	Centro ambulatoriale di Recupero e Riabilitazione Funzionale
B2.2	Centro di Salute Mentale
B2.3	Consultorio Familiare
B2.4	Centro Ambulatoriale per il trattamento delle Dipendenze
C1	Pronto Soccorso Ospedaliero
C2	Terapia Intensiva e subintensiva
C3	Area di degenza
C4	Day surgery
C5	Punto nascita-blocco parto
C6	Blocco operatorio
C7	Cardiologia invasiva
C8	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
C9	Anatomia patologica
C10	Gestione farmaci e dispositivi
C11	Servizio di sterilizzazione
C12	Sanificazione attrezzature, arredi e disinfestazione
C13	Ristorazione
C14	Lavanderia
C15	Servizio mortuario
D1.a	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo A

D1.b	Struttura di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo B
D.2	Centro diurno psichiatrico
D.3.a	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a carattere intensivo per adulti (SRP.1 – SRP1.DCA)
D.3.b	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale per adulti (SRP.2 A)
D.3.c	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale per adulti (SRP.2 B)
D.3.d	Struttura residenziale psichiatrica socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 24 ore (SRP.3.1)
D.3.e	Struttura residenziale psichiatrica socio – riabilitativa per adulti con personale sulle 12 ore (SRP.3.2)
D.3.f	Struttura residenziale psichiatrica socio – riabilitativa per adulti con personale a fasce orarie (SRP.3.3)
D.3.g	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa ad alta intensità assistenziale per minori (A.1)
D.3.h	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a media intensità assistenziale per minori (A.2)
D.3.i	Struttura residenziale psichiatrica terapeutico riabilitativa a bassa intensità assistenziale per minori (A.3)
D.4	Strutture terapeutiche per persone con disturbi da uso di sostanze e da gioco d'azzardo
D.5	Struttura residenziale per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)
D.6	Strutture residenziali per pazienti in fase post-acuta alla dimissione ospedaliera
D.7	Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale (cure intermedie)
D.8	Hospice

Tabella 2: elenco delle discipline

Si riportano le discipline di interesse fra quelle indicate nel Decreto del Ministero della Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni. Per le discipline equipollenti, si rinvia alla Tabella B del decreto.

DISCIPLINE
allergologia e immunologia
anatomia patologica
anestesia e rianimazione
angiologia
audiologia e foniatría
biochimica clinica
cardiochirurgia
cardiologia
chimica analitica
chirurgia generale
chirurgia maxillo-facciale
chirurgia pediatrica
chirurgia plastica e ricostruttiva
chirurgia toracica
chirurgia vascolare
dermatologia e venerologia
ematologia
endocrinologia
epidemiologia
farmacologia e tossicologia clinica

gastroenterologia
genetica medica
geriatria
ginecologia e ostetricia
laboratorio di genetica medica
malattie dell'apparato respiratorio
malattie infettive
malattie metaboliche e diabetologia
medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro
medicina dello sport
medicina e chirurgia d'acettazione e d'urgenza
medicina fisica e riabilitazione
medicina interna
medicina legale
medicina nucleare
medicina trasfusionale
microbiologia e virologia
nefrologia
neonatologia
neurochirurgia
neurofisiopatologia
neurologia
neuropsichiatria infantile
neuroradiologia
odontoiatria
oftalmologia
oncologia
ortopedia e traumatologia
otorinolaringoiatria
patologia clinica (lab.di analisi chimico-cliniche e microbiologia)
pediatria
psichiatria
psicologia
psicoterapia
radiodiagnostica
radioterapia
reumatologia
scienza dell'alimentazione e dietetica
urologia

Si riportano inoltre le discipline indicate dalla L.R.40/2005

medicina complementare (medicina manuale, omeopatia, fitoterapia, agopuntura)

Tabella 3: attività che richiedono requisiti specifici

Devono essere espressamente indicate nella domanda di autorizzazione tutte quelle attività che si intendono svolgere per le quali le disposizioni vigenti prevedano requisiti specifici.

Le attività devono essere esplicitate chiaramente all'interno della disciplina di riferimento (es: *disciplina:* Cardiologia *attività:* ecocardiografia)

B1.1a	Laboratorio generale di base
-------	------------------------------

B1.1b	Punto prelievo decentrato
B1.2a	Ecografia
B1.2b	Risonanza magnetica
B1.2c	Tomografia computerizzata
B1.2.f	Risonanza magnetica settoriale
B1.2.g	Ortopantomografia
B1.2.h	Mammografia
B1.2.i	Mineralometria ossea (MOC)
B1.4.a	Ecocardiografia
B1.4.b	Ecocardiografia transesofagea
B1.4.c	Elettrocardiografia dinamica
B1.4.d	Ecostress
B1.4.e	Ergometria
B1.7.a	Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale MAGGIORE INVASIVITA'
B1.7.b	Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale MINORE INVASIVITA'
B1.8.a	Ambulatorio intraospedaliero
B1.8.b	Ambulatorio extraospedaliero CAD
B1.8.c	Ambulatorio extraospedaliero CAL
B1.11.a	Interventi P.M.A. livello 1
B1.11.b	Interventi P.M.A. livello 2
B1.11.f	Interventi P.M.A. livello 3
B1.12.a	Medicina dello sport I livello
B1.12.b	Medicina dello sport II livello
B1.13.a	Laboratorio
B1.13.b	Servizio clinico
B1.14.a	Servizi trasfusionali
B1.14.b	Unità di raccolta sangue
B2.1.a	Disabilità fisica
B2.1.b	Disabilità psichica
B2.1.c	Disabilità sensoriale
C3.a	Lungodegenza ⁴⁵
C3.b	Day hospital
C4.a	Day surgery

45 Solo per le discipline di geriatria e medicina interna

C5.a	Punto nascita I livello
C5.b	Punto nascita II livello
C5.c	Punto nascita III livello
D1.a	Disabilità fisica
D1.b	Disabilità psichica
D1.c	Disabilità sensoriale
D1.e	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni