

	<p><u>ALLEGATO A-5</u></p> <p><b>Dichiarazione di conformità dell'impianto alle vigenti norme</b></p> <p><b>CONFORMITA' ALLE NORME IN MATERIA DI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE SANITARIE</b></p>
--	---

## 1. Dati generali dell'intervento

1.1 – Generalità dell'interessato (Indicare Nome e Cognome. I dati anagrafici completi sono contenuti nella Domanda Unica)

--

## 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	CAP	Provincia
Indirizzo	N°	
Telefono	Cellulare	
Fax	E-mail	

In relazione ai lavori sopra richiamati, meglio specificati nella Domanda Unica e negli elaborati di progetto

### DICHIARA

Quanto contenuto nei seguenti quadri

## 3. Specifiche dell'attività

### 3.1 – Individuazione dell'attività

Indicare la 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 di Analisi
<input type="checkbox"/>	Altro (indicare)

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)</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:		
<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		
<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</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		
<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:		
<b>4.2.2 – Servizi igienici</b>		
<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.		
<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:		
Dettagliare le attrezzature elettromedicali utilizzate per terapie fisiche e strumentali di supporto e completamento all'esercizio terapeutico:		
<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 la rianimazione cardiopolmonare di base (ventilatore manuale tipo Ambu)		
<input type="checkbox"/> Schedari e/o altri sistemi (cartacei o informatizzati) che consentano la registrazione delle prestazioni e la conservazione della documentazione del paziente		
<b>4.3 – Laboratori di analisi (D.P.R. 14/01/1997)</b>		
<b>4.3.1 – Tipologia del laboratorio</b>		
<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:		
<b>4.3.2 – Spazi analitici</b>		
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:		
<b>4.3.3 – Spazi di supporto</b>		
<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 per il prelievo:		

<b>4.3.4 – Spazi per il prelievo</b>	
<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:	
<b>5. Dotazione strumentale</b>	
Riportare l'elenco delle attrezzature e delle apparecchiature elettromedicali utilizzate:	
<b>6. Note ed ulteriori caratteristiche</b>	
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:	
<b>7. Dichiarazione di conformità</b>	
Il sottoscritto (nome e cognome del tecnico incaricato)	
I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella precedente sezione 2	
<b>DICHIARA ALTRESI</b>	
<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 valori
→ 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, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci	
<b>ATTESTA</b>	
→ 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.	
→ Di aver ottemperato alle disposizioni di cui all'art. 9 del D.L. n° 1/2012, convertito con Legge n° 27/2012, circa l'obbligo di comunicare al committente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico, e di aver indicato i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale	
<b>8. Data e firma del tecnico incaricato</b>	
Luogo e data	
<i>Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR. 28 dicembre, n. 445, e del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82</i>	
Timbro e firma del tecnico incaricato	
_____	