



Regione Umbria

Giunta Regionale

DIREZIONE REGIONALE SALUTE, WELFARE. ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE
Servizio Programmazione dell'assistenza ospedaliera. Accreditamento. Autorizzazioni sanitarie e socio-sanitarie. Valutazione di qualità

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N. 10010 DEL 02/10/2017

OGGETTO: Approvazione modulistica in materia di autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, in attuazione del - Regolamento Regionale 2 agosto 2017, n. 6 - Articolo 1 comma 4.

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, 165 e sue successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e i successivi regolamenti di organizzazione, attuativi della stessa;

Vista la legge 7 agosto 1990, n. 241 e sue successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 16 settembre 2011, n. 8, "Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali";

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

Visto il supplemento ordinario n. 2 al «Bollettino Ufficiale» - Serie Generale - n. 33 del 9 agosto 2017 della Regione dell'Umbria ove è stato pubblicato il nuovo regolamento regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie n. 6/2017, che sostituirà dal 1 ottobre 2017 il precedente regolamento numero 2/2000.

Vista la DGR n. 1075 del 28/9/2017 avente per titolo "Disposizioni in materia di autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, in attuazione della LR 11/2015 con la quale sono stati definiti i requisiti richiesti per gli studi professionali in deroga ai requisiti richiesti dalla normativa vigente d.p.r. 14 gennaio 1997 in tema di requisiti minimi.

Visto inoltre il comma 4 dell'articolo n. 1 del regolamento regionale in materia di autorizzazione

all'esercizio di attività sanitarie sociosanitarie n. 6/2017 che attribuisce al Servizio competente in materia di autorizzazioni e accreditamento il compito di predisporre la modulistica aggiornata in modo da semplificare l'interazione tra cittadini utenti e amministrazione regionale;

Il Servizio sulla base di quanto disposto in precedenza ha elaborato i seguenti modelli contraddistinti da un numero di riferimento:

MODELLO 1 - Richiesta al Comune territorialmente competente di autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio sanitarie ai sensi dell'articolo 1 comma 2 lettere a), b) e c) del regolamento della Giunta Regionale;

MODELLO 2 - Richiesta di autorizzazione alla Regione per l'esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie ai sensi dell'articolo 1 comma 2 lettere a), b) e c) del regolamento della Giunta Regionale;

MODELLO 3 - Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria – art. 1 c. 3 let a) per servizio ambulatoriale;

MODELLO 4 - Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria – art. 1 c. 3 let b) per studio professionale;

MODELLO 5 - Comunicazione apertura studio professionale (art. 2 c. 3) - non utilizzante elettromedicali e procedure chirurgiche

**Il Dirigente
D E T E R M I N A**

di approvare la modulistica seguente:

MODELLO 1 - Richiesta al Comune territorialmente competente di autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio sanitarie ai sensi dell'articolo 1 comma 2 lettere a), b) e c) del regolamento della Giunta Regionale;

MODELLO 2 - Richiesta di autorizzazione alla Regione per l'esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie ai sensi dell'articolo 1 comma 2 lettere a), b) e c) del regolamento della Giunta Regionale;

MODELLO 3 - Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria – art. 1 c. 3 let a) per servizio ambulatoriale;

MODELLO 4 - Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria – art. 1 c. 3 let b) per studio professionale;

MODELLO 5 - Comunicazione apertura studio professionale (art. 2 c. 3) - non utilizzante elettromedicali e procedure chirurgiche

di disporre la pubblicazione della modulistica soprariferita nel Bollettino Ufficiale e nel sito dell'amministrazione regionale.

di dichiarare che l'atto è immediatamente efficace.

Perugia lì 02/10/2017

L'Istruttore

Gianni Giovannini

Istruttoria firmata ai sensi dell' art. 23-ter del Codice dell'Amministrazione digitale

Perugia lì 02/10/2017

Si attesta la regolarità tecnica e amministrativa

Il Responsabile

Gianni Giovannini

Parere apposto ai sensi dell' art. 23-ter del Codice dell'Amministrazione digitale

Perugia lì 02/10/2017

Il Dirigente

Gianni Giovannini

Documento firmato digitalmente ai sensi del d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82, art. 21 comma 2

Richiesta di **autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio sanitarie** ai sensi dell'articolo 1 comma 2 lettere a), b) e c) del regolamento della Giunta Regionale dell'Umbria n. 6 del 2 agosto 2017 emanato in applicazione dell'art. 8 ter del D. Lgs. 229/99 e della L.R. n. 11/2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____
Via _____ C.F. _____
nella sua qualità di legale rappresentante della Ditta/Società _____
_____ titolare del presidio denominato _____
_____ ubicato in _____ Prov. _____
Via _____ P.IVA n° _____
indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____
recapito telefonico _____ rivolge istanza al fine del rilascio, in conformità con il vigente strumento urbanistico, dell'

AUTORIZZAZIONE

- ☐ alla costruzione
- ☐ all'adattamento
- ☐ alla diversa utilizzazione

- ☐ all'ampliamento
- ☐ alla trasformazione
- ☐ al trasferimento

di una **struttura** sita in _____ Loc./Via _____
da destinare a:

- ☐ ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti con relativi posti letto e/o capacità recettiva
(**indicare la tipologia della struttura:** es. Ospedale, Casa di Cura, Day Hospital, Day Surgery, altro):
struttura _____ n° posti letto _____ capacità recettiva _____
- ☐ assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio (**indicare la tipologia delle prestazioni ed attività sanitarie erogate**) _____
- ☐ prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno con relativi posti letto e/o capacità recettiva:
(**indicare la tipologia della struttura:** es. Residenza Protetta, Residenza Sanitaria Assistita, Struttura Psichiatrica, altro):
struttura _____ n° posti letto _____ capacità recettiva _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

1) per la costruzione o l'ampliamento:

- ☐ verifica di compatibilità urbanistica o estremi della concessione
(laddove il progetto sia già stato approvato)

- ☐ planimetria catastale
- ☐ stralcio PRG vigente o adottato

2) per l'adattamento, la diversa utilizzazione, la trasformazione, il trasferimento:

- ☐ estremi della pratica edilizia
- ☐ n. della concessione/abitabilità

- ☐ estremi D.I.A.
- ☐ estremi art. 26 L. 47/85

Data _____

Firma _____

MODELLO 2

RACCOMANDATA R.R.

**Alla Regione Umbria
Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale
Servizio: "Accreditamento, Valutazione di Qualità
e Comunicazione"
Via Mario Angeloni, 61 - Palazzo Broletto
06124 PERUGIA**

Richiesta di autorizzazione **all'esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie** ai sensi dell'articolo 1 comma 2 lettere a), b) e c) del regolamento della Giunta Regionale dell'Umbria n. 6 del 2 agosto 2017 emanato in applicazione dell'art. 8 ter del D. Lgs. 229/99 e della L.R. n. 11/2015

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____
Via _____ C.F. _____
nella sua qualità di legale rappresentante della Ditta/Società _____
_____ titolare del presidio denominato _____
_____ ubicato in _____ Prov. _____
Via _____ P.IVA n° _____
indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
recapito telefonico _____ rivolge istanza al fine del rilascio dell'**autorizzazione
sanitaria all'esercizio dell'attività di** _____

A tal fine, come previsto dalla normativa vigente e dal Regolamento Regionale 25/02/2000 n. 2, allega la seguente documentazione:

- 1) Copia del provvedimento comunale di autorizzazione alla realizzazione;**
- 2) Copia dello Statuto societario e dell'atto costitutivo;**
- 3) Autocertificazione che attesti l'iscrizione alla Camera di Commercio;**
- 4) Certificato rilasciato dalla ASL territorialmente competente ai sensi del D.P.R. 14/01/1997** attestante il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi generali e specifici per l'esercizio dell'attività sanitaria (vedi *Allegato 1*);
- 5) N. 1 marca da bollo** di € 16,00 da applicare nel modello 2.

– **NB) N. 1 marca da bollo** di €. 16,00 andrà applicata sulla Determina Dirigenziale ricevuta.

Data _____ **Firma legale rappresentante/titolare** _____

RACCOMANDATA R.R.

**Al Dirigente del
Dipartimento Igiene e Prevenzione
dell'Azienda USL Umbria n° ____
SEDE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____
Via _____ C.F. _____
nella sua qualità di legale rappresentante della Ditta/Società _____
_____ titolare del presidio denominato _____
_____ ubicato in _____ Prov. _____
Via _____ P.IVA n° _____
indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
recapito telefonico _____ rivolge istanza al fine del rilascio
del **certificato di possesso dei requisiti previsti dal D.P.R. 14/01/1997.**

A tal fine, come previsto dalla normativa vigente e dal Regolamento Regionale 25/02/2000 n. 2, allega, in duplice copia (1 originale + 1 fotocopia), la seguente documentazione:

Documentazione attestante il possesso dei requisiti minimi generali:

▪ ORGANIZZATIVI

Allegare copia del documento adottato che indichi:

Politica, obiettivi ed attività: la missione, i campi prioritari di azione e quali metodi si intende adottare per raggiungere gli obiettivi, l'organizzazione interna con riferimento a responsabili individuati e relative funzioni, livelli di responsabilità, modalità di erogazione del servizio, prestazioni ed attività erogate.

Struttura organizzativa: modalità di prenotazione, pagamento, accesso, acquisizione del consenso informato, consegna del referto e/o risultato, precauzioni adottate ai fini della riservatezza.

Gestione delle risorse umane: piano di formazione-aggiornamento del personale con indicazione del responsabile.

Gestione delle risorse tecnologiche: inventario delle apparecchiature in dotazione e piano della manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche, documentato e reso noto ai diversi livelli operativi. Programmazione per adeguamento alle normative tecniche ed all'eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni: elenco dei progetti di valutazione e verifica di qualità per struttura organizzativa effettuati o avviati;

- regolamenti interni, linee guida aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti;
- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- pulizia e sanificazione ambientale;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione, dei documenti comprovanti un'attività sanitaria.

Solo per i laboratori analisi ed i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica ed i centri trasfusionali: attestazione di attività di controllo di qualità interne ed esterne e programmi di miglioramento della qualità a cui si è partecipato.

Sistema informativo: nominativo del referente e dichiarazione del sistema utilizzato per raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito.

▪ **STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

Dichiarazione di conformità alla vigente normativa, redatta da tecnici abilitati, in materia di:

- Continuità elettrica (ove richiesta) in base alla specifica attività che si intende svolgere (L. 46/90);
- Igiene nei luoghi di lavoro (valutazione del rischio ed individuazione del responsabile della sicurezza ai sensi del D. L.vo 626/94);
- Protezione dalle radiazioni ionizzanti (allegare relazione originale e benestare dell'esperto qualificato);
- Smaltimento dei rifiuti (regolamento interno e copia di contratto con ditta autorizzata);
- Impianti di distribuzione dei gas (medicali);
- Materiali esplosivi (materiali e sostanze infiammabili atte a formare miscele esplosive);
- Elenco delle attrezzature e macchinari, apparecchiature elettromedicali corredati di dichiarazione di rispondenza alle norme e relativo piano di manutenzione.

Documentazione attestante la rispondenza ai requisiti minimi specifici (per tipologia)

▪ **STRUTTURALI**

- Planimetria dei locali e/o spazi (in scala 1:50/1:100 con altezze, superfici), con evidenziati gli accessi per i portatori di handicap, eventuali uscite di sicurezza, indicazione WC per handicap, destinazione d'uso di ciascun ambiente in riferimento anche alle prestazioni erogate ed alla presenza di attrezzature/strumentazioni usate per le specifiche attività (ai sensi delle schede specifiche del DPR del 14.1.1997);
- Copia del certificato di agibilità con destinazione d'uso (specificata per l'attività sanitaria esplicitata) rilasciato dal Comune qualora comprensivo della conformità alla vigente normativa per: Protezione antisismica, antincendio e acustica, Sicurezza elettrica (L. 46/90), Impianti termoidraulici (L. 46/90), Sicurezza antinfortunistica (sistemi di sollevamento, aperture nel vuoto), Abbattimento delle barriere architettoniche, Condizioni microclimatiche, fatte salve le verifiche periodiche previste dalle specifiche normative.
Nel caso in cui il certificato di agibilità rilasciato dal Comune non comprenda la conformità alla normativa vigente per gli aspetti di cui sopra devono essere prodotti appositi certificati redatti da tecnici abilitati.

▪ **TECNOLOGICI**

Elaborato contenente i seguenti dati:

- Strumentazione per la gestione delle emergenze (dove prevista);
- Elenco delle apparecchiature biomediche e dispositivi medici;
- Altri requisiti specifici per tipologia.

▪ **ORGANIZZATIVI**

- Dichiarazione di accettazione dell'incarico di Direttore Sanitario, con allegata autocertificazione sul titolo di studio posseduto, relativa specializzazione, abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Albo Professionale come richiesto dalla normativa vigente;
- Risorse umane per ciascuna professione e qualifica professionale (con dichiarazione dei relativi titoli abilitanti) in rapporto ai volumi ed alla tipologia dell'attività;
- Elenco dettagliato delle prestazioni sanitarie suddivise per branca specialistica;
- Orario di apertura e chiusura della struttura;
- Dichiarazione di non utilizzare neanche saltuariamente personale dipendente da aziende e strutture sanitarie del SSN in posizione di incompatibilità (per le strutture private).

▪ **IMPIANTISTICI**

- Dichiarazione di conformità degli impianti in base alla normativa vigente.

MODELLO 3

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)
ESERCIZIO ATTIVITÀ SANITARIA E SOCIO-SANITARIA - Art. 1 c. 3 let a)
SERVIZIO AMBULATORIALE

RACCOMANDATA R.R.

Alla Regione Umbria
Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale
Servizio: "Accreditamento, Valutazione di Qualità"
Via Mario Angeloni, 61 - Palazzo Broletto
06124 PERUGIA

E p.c. Al Direttore Generale della
Azienda Sanitaria Locale di

Segnalazione certificata di inizio attività - SCIA per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria ai sensi dell'art. 8 del regolamento della Giunta Regionale dell'Umbria n. 6 del 2 agosto 2017 emanato in applicazione dell'art. 8 ter del D. Lgs. 229/99 e della L.R. n. 11/2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____
Via _____ C.F. _____
nella sua qualità di legale rappresentante della Ditta/Società _____
_____ titolare del presidio denominato _____
_____ ubicato in _____ Prov. _____
Via _____ P.IVA n° _____
indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____
recapito telefonico _____

COMUNICA

☐ l'inizio attività
☐ il trasferimento

☐ l'ampliamento
☐ la trasformazione

di una **struttura** sita in _____ Loc./Via _____

da destinare ad assistenza specialistica, medica, odontoiatrica e delle altre professioni sanitarie in regime ambulatoriale, e di diagnostica strumentale non ricomprese al comma 2, lettera c) dell'articolo 1 del R.R. 6/2017 (*indicare la tipologia delle prestazioni ed attività sanitarie erogate*)

A tal fine allega la seguente documentazione:

- ☐ dichiarazione del possesso dei requisiti minimi di cui al DPR 14/1/1997
- ☐ planimetria del locale dove si intende svolgere l'attività sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei locali nel rispetto della normativa vigente
- ☐ relazione descrittiva delle modalità di sterilizzazione dello strumentario necessario.

Data _____

Firma _____

MODELLO 4

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)
ESERCIZIO ATTIVITÀ SANITARIA– (Art. 1 c. 3 let b))
STUDIO PROFESSIONALE

RACCOMANDATA R.R.

Alla Regione Umbria
Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale
Servizio: “Accreditamento, Valutazione di Qualità”
Via Mario Angeloni, 61 - Palazzo Broletto
06124 PERUGIA

E p.c. Al Direttore Generale della
Azienda Sanitaria Locale di

Segnalazione certificata di inizio attività - SCIA per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria ai sensi dell'art. 8 del regolamento della Giunta Regionale dell'Umbria n. 6 del 2 agosto 2017 emanato in applicazione dell'art. 8 ter del D. Lgs. 229/99 e della L.R. n. 11/2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____
Via _____ C.F. _____
nella sua qualità di legale rappresentante della Ditta/Società _____
_____ titolare del presidio denominato _____
_____ ubicato in _____ Prov. _____
Via _____ P.IVA n° _____
indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____
recapito telefonico _____

COMUNICA

☐ l'inizio attività
☐ il trasferimento

☐ l'ampliamento
☐ la trasformazione

di una **struttura** sita in _____ Loc./Via _____

da destinare a studio medico, odontoiatrico e delle altre professioni sanitarie che utilizzano apparecchiature elettromedicali e/o esercitano attività o procedure chirurgiche (*indicare la tipologia delle prestazioni ed attività sanitarie erogate*)

A tal fine allega la seguente documentazione:

- ☐ dichiarazione del possesso dei requisiti di cui alla DGR n 1075 /2017
- ☐ planimetria del locale dove si intende svolgere l'attività sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei locali nel rispetto della normativa vigente
- ☐ relazione descrittiva delle modalità di sterilizzazione dello strumentario necessario.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI
PREVISTI DALLA DGR 1075/2017

IL TITOLARE DELLO STUDIO _____

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 445/2000 il possesso dei seguenti requisiti come disposto dalla DGR n 1075/2017:

	REQUISITO	risposta
1	Lo studio ha un ingresso separato da altre attività ?	
2	La sala per l'esecuzione delle prestazioni, garantisce il rispetto della privacy dell'utente, con area separata per spogliarsi ove necessario; corredata da lavabo a comando non manuale ?	
3	Sono presenti spazi per attesa, accettazione, attività amministrative ?	
4	Il servizio igienico, se unico, ha un accesso indipendente dalla sala per le prestazioni ?	
5	Sono presenti spazio/locale per deposito di materiale pulito ?	
6	Sono presenti spazio/locale per deposito di materiale sporco ?	
7	Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni ?	
8	in tutti i locali operativi sono assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturale o artificiale nel rispetto della norma ?	
9	Lo studio dispone di attrezzature e presidi medico-chirurgici e farmaci in relazione alla specificità dell'attività svolta, anche ai fini della gestione delle emergenze ?	
10	Lo studio dispone di apposito spazio/locale per la sterilizzazione dello strumentario nei casi in cui ciò sia necessario ?	
11	Lo studio ha una corretta gestione di tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza che devono portare in evidenza la data della scadenza stessa ?	

Eventuali note per ulteriori spiegazioni: _____

Data _____

Firma _____

CONFERMA REQUISITI ESERCIZIO STUDIO PROFESSIONALE

RACCOMANDATA R.R.

**Al Direttore Generale della
Azienda Sanitaria Locale di**

Comunicazione di conferma di attività sanitaria equiparabile a quanto disposto dall'art. 9 del regolamento della Giunta Regionale dell'Umbria n. 6 del 2 agosto 2017 emanato in applicazione dell'art. 8 ter del D. Lgs. 229/99 e della L.R. n. 11/ per le strutture disciplinate dall'articolo 1 comma 3 lettera b) dello stesso regolamento.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____
Via _____ C.F. _____

nella sua qualità di titolare dello Studio professionale denominato: studio medico, odontoiatrico e delle altre professioni sanitarie che utilizzano apparecchiature elettromedicali e/o esercitano attività o procedure chirurgiche (*indicare la tipologia delle prestazioni ed attività sanitarie erogate*):

_____ ubicato in _____ Prov. _____

Via _____ P.IVA n° _____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

recapito telefonico _____ **già autorizzato con atto rilasciato da :** _____

in data __/__/____

DICHIARA

che i requisiti posseduti dalla **struttura** soddisfano quelli indicati nella DGR n 1075/2017

A tal fine allega la seguente documentazione:

- ☐ dichiarazione del possesso dei requisiti di cui alla DGR n 1075/2017
- ☐ planimetria del locale dove viene svolta l'attività sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei locali nel rispetto della normativa vigente
- ☐ relazione descrittiva delle modalità di sterilizzazione dello strumentario necessario.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI
PREVISTI DALLA DGR 1075/2017

IL TITOLARE DELLO STUDIO _____

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 445/2000 il possesso dei seguenti requisiti come disposto dalla DGR n 1075/2017:

	REQUISITO	risposta
1	Lo studio ha un ingresso separato da altre attività ?	
2	La sala per l'esecuzione delle prestazioni, garantisce il rispetto della privacy dell'utente, con area separata per spogliarsi ove necessario; corredata da lavabo a comando non manuale ?	
3	Sono presenti spazi per attesa, accettazione, attività amministrative ?	
4	Il servizio igienico, se unico, ha un accesso indipendente dalla sala per le prestazioni ?	
5	Sono presenti spazio/locale per deposito di materiale pulito ?	
6	Sono presenti spazio/locale per deposito di materiale sporco ?	
7	Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni ?	
8	in tutti i locali operativi sono assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturale o artificiale nel rispetto della norma ?	
9	Lo studio dispone di attrezzature e presidi medico-chirurgici e farmaci in relazione alla specificità dell'attività svolta, anche ai fini della gestione delle emergenze ?	
10	Lo studio dispone di apposito spazio/locale per la sterilizzazione dello strumentario nei casi in cui ciò sia necessario ?	
11	Lo studio ha una corretta gestione di tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza che devono portare in evidenza la data della scadenza stessa ?	

Eventuali note per ulteriori spiegazioni: _____

Data _____

Firma _____

COMUNICAZIONE APERTURA STUDIO PROFESSIONALE
(Art. 2 c. 3) - NON UTILIZZANTE ELETTROMEDICALI E PROCEDURE CHIRURGICHE

RACCOMANDATA R.R.

**Al Direttore Generale della
Azienda Sanitaria Locale di**

Comunicazione di avvio di attività sanitaria ai sensi dell'art. 2, comma 3 del regolamento della Giunta Regionale dell'Umbria n. 6 del 2 agosto 2017 emanato in applicazione dell'art. 8 ter del D. Lgs. 229/99 e della L.R. n. 11/2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____

Via _____ C.F. _____

nella sua qualità di titolare dello Studio professionale denominato: studio medico, odontoiatrico e delle altre professioni sanitarie *(indicare la tipologia delle prestazioni ed attività sanitarie erogate):*

_____ ubicato in _____ Prov. _____

Via _____ P.IVA n° _____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

recapito telefonico _____

COMUNICA

che nella struttura sopraindicata non vengono utilizzare apparecchiature elettromedicali e di non esercitare attività o procedure chirurgiche.

Data _____

Firma _____