

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
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

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 _____