

MODELLO 6

**Dichiarazione sostitutiva
mantenimento requisiti**

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 il presidio descritto nelle seguente scheda¹

Denominazione	
Indirizzo sede	
tipologia	C - ricovero per acuti
struttura organizzativa funzionale/disciplina discipline accorpate ²	
<i>n. posti letto</i>	
<i>attività</i>	

tipologia	B1 - ambulatoriale specialistica e diagnostica
disciplina	
attività	
tipologia	B2.1 - centro ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale
disabilità trattata	
tipologia	D1.1 - presidio di riabilitazione funzionale di soggetti portatori di disabilità
disabilità trattata	
n. posti letto	
n. posti a ciclo diurno	
tipologia	D1.2. - centro diurno psichiatrico
n. posti	
tipologia	D1.3.a - Struttura residenziale psichiatrica terapeutico-riabilitativa
n. posti letto	
tipologia	D1.3.b - Struttura residenziale psichiatrica socio-riabilitativa a più elevata intensità assistenziale
n. posti letto	
tipologia	D1.3.c - Struttura residenziale psichiatrica socio-riabilitativa a minore intensità assistenziale
n. posti letto	
tipologia	D1.4.a - Struttura di riabilitazione per tossicodipendenti
n. posti letto	
tipologia	D1.4.b - Struttura educativo-assistenziale per tossicodipendenti
n. posti letto	

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

che il presidio ha mantenuto i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e specifici per l'esercizio delle attività sanitarie previsti dal regolamento 24 dicembre 2010, n. 61/R, Allegato A

- la dichiarazione non riguarda il possesso dei nuovi requisiti introdotti con il regolamento suddetto ai quali è consentito adeguarsi entro la data del 31 dicembre 2013 (art. 31, comma 1, regolamento n. 61/R/2010)
- la dichiarazione non riguarda i requisiti strutturali e impiantistici di cui all'art. 17, comma 6, lettera a) e comma 6 ter della L.R. 8/99, per i quali la norma ha consentito la sussistenza di un piano di adeguamento non ancora completato (art. 31, comma 1, regolamento n. 61/R/2010)

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 _____

_____ Firma

¹ Scheda Presidio – Istruzioni per la compilazione

- Selezionare e compilare solo le parti di interesse;
- compilare una tabella per ogni presidio;
- indicare tutte le sedi del presidio;
- per ciascuna sede, riportare la/le tipologie presenti e per ciascuna tipologia, gli elementi richiesti (struttura organizzativa o discipline, attività svolta, n. posti o posti-letto). Le righe contenenti le informazioni di dettaglio possono essere duplicate;
- in presenza di più strutture organizzative funzionali (presidi tipo C), indicare le attività e gli eventuali posti letto per ciascuna struttura organizzativa funzionale;
- in presenza di più discipline, indicare le attività per ciascuna disciplina;
- le attività devono essere specificate all'interno della struttura organizzativa funzionale o disciplina di riferimento.

Per la corretta compilazione della scheda con riguardo alle attività, riferirsi all'allegata tabella

² Solo per le strutture organizzative funzionali

Tabella attività

B1.1.a	Laboratorio generale di base
B1.1.e	Laboratorio monodisciplinare
B1.1.f	Laboratorio generale pluridisciplinare
B1.1.d	Punto prelievo decentrato
B1.2.a	Ecografia
B1.2.b	Risonanza magnetica
B1.2.c	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
B1.5	Endoscopia
B1.7.a	Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale
B1.7.b	Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale
B1.8	Dialisi
B1.9	Indirizzo riabilitativo ¹
B1.10	Medicina ad indirizzo estetico
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
B2.1.a	Disabilità fisica
B2.1.b	Disabilità psichica
B2.1.c	Disabilità sensoriale
B2.1.d	Disabilità miste
C1.3.a	Degenza pediatrica
C1.3.b	Degenza malattie infettive

¹ Solo per le discipline di cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia e traumatologia

C1.3.c	Degenza riabilitazione ²
C1.3.d	Degenza psichiatrica
C1.3.e	Lungodegenza ³
C1.4	Day hospital
C1.5.a	Day surgery – struttura organizzativa autonoma
C1.5.b	Day surgery – struttura organizzativa dedicata
C1.5.c	Day surgery – posti letto dedicati
D1.1.a	Disabilità fisica
D1.1.b	Disabilità psichica
D1.1.c	Disabilità sensoriale
D1.1.d	Disabilità miste
D1.1.e	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni

² Solo per le discipline di cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia e traumatologia

³ Solo per le discipline di cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia e traumatologia