

Carta Intestata

Ditta _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto
nato a (.....) il nella qualità di
Rappresentante Legale
..... sita ad (.....) in
via n.;

Il sottoscritto
nato a (.....) il nella qualità di
Direttore Tecnico sanitario della struttura sanitaria
..... sita ad (.....) in
via n.;

**consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.p.r. 28.12.2000 n. 445 ed in
applicazione all'art. 15 comma 1 della L. n. 183 12.11.2011**

DICHIARANO

- Di avere espletato tutte le procedure obbligatorie relative alla verifica degli impianti elettrici e di terra e di possedere le dichiarazioni di conformità degli impianti esistenti nei locali della struttura sanitaria da me rappresentata (D.M. 37/08), (DPR 462/01), (Norma CEI 64-8 – Sez. 710 – “ Locali ad uso medico “), nonché la valutazione del rischio di fulminazione eseguita in conformità alla norma CEI EN 62305-2 (CEI 81-10/2);
- Di aver espletato tutte le procedure obbligatorie relative agli adempimenti previsti dalle norma sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, compreso il piano delle emergenze (D. Lgs. 81/08) e documento per la sicurezza dei dati sulla privacy (D. Lgs. 196/03 ;
- Di essere in possesso della Planimetria aggiornata quotata (corredata da relazione tecnica) riportante superfici e destinazione d'uso dei singoli ambienti redatta e vidimata da un tecnico abilitato ;
- Di essere in possesso del Certificato di “ destinazione d'uso “ dei locali ;
- Di essere in possesso dei titoli accademici per l'esercizio della professione nella specifica branca accreditata ;
- Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente ;
- Di essere presente durante lo svolgimento dell'attività lavorativa

dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni di _____

dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni di _____ ;

- Che i giorni e le ore di attività della struttura sanitaria sono

Lunedì _____ ore _____ alle ore _____;

Martedì _____ ore _____ alle ore _____;

Mercoledì _____ ore _____ alle ore _____;

Giovedì _____ ore _____ alle ore _____;

Venerdì _____ ore _____ alle ore _____;

Sabato _____ ore _____ alle ore _____.

- Che nel caso di assenza del Direttore Tecnico Sanitario:

[] sarà presente il Medico/Biologo o altra figura specialistica in relazione all'attività, indicato quale Responsabile delle attività cliniche durante tutto lo svolgimento delle attività ambulatoriali (nominare il sostituto);

[] la struttura rimarrà chiusa .

- Di essere responsabile dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi (ai sensi del D. A. 04/08/1998);
- L' idoneità del possesso dei prescritti titoli professionali di tutto il personale operante nella struttura, unitamente alle dichiarazioni di non incompatibilità;
- La congruità del personale sanitario in relazione all'attività da svolgere, alla tipologia ed al numero delle prestazioni rese;
- L' organigramma con attribuzione delle figure;
- Di avere verificato ed accertato personalmente il possesso dei titoli di studio e professionali necessari per l'espletamento del lavoro del personale dipendente e/o collaboratori, all'interno della struttura sanitaria da me rappresentata e di avere verificato l' assenza di eventuali situazioni di incompatibilità dipendenti da altre attività lavorative in essere
- Di espletare tutte le attività di controllo della qualità interna ed esterna solo nel caso di laboratori di analisi e servizi di diagnostica strumentale, di conservare copia per essere esibita a richiesta del personale ispettivo.

Data _____

Il Dichiaranti

N.B. Tutta la documentazione deve essere redatta su carta intestata timbrata firmata e datata con allegato documento di riconoscimento.