

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA

All' Authority per l' autorizzazione, l' accreditamento e la qualità
dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi

Il sottoscritto nato a il.....,

residente a C.O.E.....,

in qualità di..... della
(ditta individuale/società/azienda)

con sede legale in.....

Via..... nr.....

Telefono....., Fax....., e-mail.....

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento della struttura sanitaria denominata:

"....."

con sede in _____, via/piazza _____ n. _____,

rientrante nella seguente tipologia (barrare la/le casella/e corrispondente/i):

- Ambulatorio cardiologico
- Ambulatorio chirurgico
- Ambulatorio medico
- Ambulatorio odontoiatrico
- Anatomia patologica
- Area di degenza
- Biobanca
- Blocco operatorio
- Cardiologia invasiva
- Centro dialisi
- Day hospital
- Day surgery
- Laboratorio analisi cliniche
- Medicina dello spor
- Medicina iperbarica
- Medicina nucleare
- Poliambulatorio
- Pronto soccorso ospedaliero
- Punto nascita-Blocco parto (I Livello)
- Radioterapia
- Servizio di medicina trasfusionale
 - Servizi trasfusionali
 - Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti
- Servizio cucina-dispensa
- Servizio di endoscopia
- Servizio di gestione farmaci e materiale sanitario
- Servizio di radiodiagnostica
- Servizio di sanificazione attrezzature, arredi e letterecci
- Servizio di sterilizzazione

- Servizio lavanderia-guardaroba
- Servizio mortuario
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
- Servizio di assistenza domiciliare
- Stabilimenti termali
- Strutture ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione
- Strutture di genetica medica
- Strutture di medicina trasfusionale
- Strutture di recupero e riabilitazione funzionale (in regime ambulatoriale e di day hospital)
- Strutture per la procreazione medicalmente assistita
- Strutture per pazienti nella fase post-acuta successiva alla dimissione ospedaliera
- Strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali
- Terapia intensiva e subintensiva
- Terapia intensiva neonatale
- Trasporto sanitario
- Unità farmaci antitumorali

A tal fine allega:

- Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con l'indicazione della destinazione d'uso dei singoli ambienti e layout delle attrezzature e degli arredi firmata dal Direttore Sanitario;
- Copia del regolamento o Carta dei Servizi adottata dalla struttura;
- Copia del modello di cartella clinica in uso presso la struttura;
- Elenco dei servizi esercitati con riferimento alle attività e tipologie di prestazioni per ogni disciplina specialistica esercitata all'interno della struttura;
- Nominativo del Direttore Sanitario con copia dei titoli di studio posseduti (se modificato rispetto alla realizzazione) e nominativo del suo sostituto;
- Organigramma nominativo della struttura comprensivo del personale sanitario ed amministrativo firmato dal Direttore Sanitario;
- Descrizione dei livelli di responsabilità tecnico-organizzativa della struttura (funzionigramma) firmata dal Direttore Sanitario;
- Piano operativo con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla gestione del rischio clinico e al controllo delle infezioni.
- Documentazione che attesti il possesso dei requisiti previsti nell'allegato n. 3.1 del Decreto Delegato 11/2020 (check list compilate in ogni loro parte);

Dichiaro di essere in possesso della documentazione rilasciata da altri enti attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti norme in materia di urbanistica ed edilizia, tutela ambientale, protezione antisismica, protezione antincendio, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro, igiene di alimenti e bevande.

Nota: Copia dei titoli di studio dei professionisti sanitari dovrà essere conservata presso la struttura sotto la responsabilità del Direttore Sanitario/Tecnico.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione ai punti precedenti.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.sanmarino.sm – Canali Tematici “Informativa per il trattamento dei dati personali”

Firma _____