

**COMUNICAZIONE RELATIVA AL FUNZIONAMENTO DI STUDIO PROFESSIONALE
/STUDIO MEDICO PER ATTIVITA' SOGGETTE A VIGILANZA**

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.....

COMUNICA

che svolgerà l' attività di _____

presso la seguente struttura (barrare la casella corrispondente):

- studio professionale studio professionale associato medicina del lavoro
 studio medico studio medico associato

denominata: _____

con sede in _____ via/piazza _____ n. _____

Allo scopo allega:

- Pianta planimetrica quotata in scala minima 1:100 con layout delle attrezzature e degli arredi;
 Catalogo delle prestazioni;
 Check list attestanti il rispetto dei requisiti strutturali, impiantistici e organizzativi richiesti dal Decreto Delegato 11/2020 per studio professionale/studio medico (allegato n. 3.2);
 Piano operativo con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni;
 Nominativo del coordinatore organizzativo (se richiesto);
 Elenco dei professionisti operanti;
 Ogni altra informazione utile a documentare il rispetto dei requisiti elencati nell' allegato n. 3.2 del Decreto Delegato 11/2020 (es. progetto di impianto elettrico e dichiarazione di conformità dei locali ad uso medico alla norma CEI 64-8/7 e successivi aggiornamenti).

Dichiara 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 Responsabile di studio.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di tutti i punti di cui sopra

Data

Firma

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 _____