

## CONFERMA REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

**RACCOMANDATA R.R.**

**Alla Regione Umbria Direzione Regionale Salute  
Servizio: "Accreditamento - Valutazione di Qualità"  
Via Mario Angeloni, 61 - Palazzo Broletto  
06124 PERUGIA**

**Al Direttore Generale della  
Azienda Sanitaria Locale di**

\_\_\_\_\_

Comunicazione di conferma di attività sanitaria equiparabile a quanto disposto dall'art. 9 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/ per le strutture disciplinate dall'articolo 1 comma 3 lettera b) dello stesso regolamento.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nella sua qualità di titolare dello Studio professionale denominato: 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*):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ubicato in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ P.IVA n° \_\_\_\_\_

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ **già autorizzato con atto rilasciato da :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**in data** \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

### DICHIARA

che i requisiti posseduti dalla **struttura** soddisfano quelli indicati nella DGR n 1075/2017

A tal fine allega la seguente documentazione:

- dichiarazione del possesso dei requisiti di cui alla DGR n 1075/2017
- planimetria del locale dove viene svolta 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  
PREVISTI DALLA DGR 1075/2017

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 \_\_\_\_\_