

OGGETTO: DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

Dichiarante Cittadinanza _____ Cod. Fisc. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente in (Via/Corso/Piazza ...) _____ n. _____

Laureato/a in _____ abilitazione _____

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____

In qualità di Direttore Sanitario designato in data _____

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,
previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dall'art. 489 C.P.**

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

- **Di accettare l'incarico di Direttore Sanitario dell'ambulatorio medico denominato**

_____ sito in Revello (Via/Piazza..) _____

_____ n. _____ lett. _____ piano _____

di cui è titolare il sig. _____

- **Di essere a conoscenza della conseguenti responsabilità derivanti dall'accettazione dell'incarico di Direttore Sanitario**

- **Di ottemperare a tutte le disposizioni relative ai requisiti minimi organizzativi e gestionali generali e specifici** prescritti dalla D.C.R. 616 del 22/02/2000

- Di garantire la presenza presso il sopra indicato ambulatorio per almeno il 25% delle ore di attività di presidio;

- Che, in caso di assenza, verrà sostituito dal Dottor _____, che ha firmato l'allegata dichiarazione di accettazione dell'incarico;

- Che durante l'attività ambulatoriale è garantita la presenza di almeno una unità infermieristica che svolge n. _____ ore settimanali di attività presso la struttura;

- Che presso la struttura vengono svolte le seguenti attività specialistiche, svolte da personale medico qualificato e abilitato, anche per operatori saltuari, dei quali si allega autocertificazione del possesso del Diploma di Laurea, dell'iscrizione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri e di eventuali Diplomi di specializzazione:

attività: _____ responsabile _____

attività: _____ responsabile _____

attività: _____ responsabile _____

• attività: _____ responsabile _____

attività: _____ responsabile _____

attività: _____ responsabile _____

- Che per le attività svolte è impiegato personale sanitario e tecnico specificato in allegato dei quali si allega autocertificazione dei titoli di studio.

Attestazioni

(da compilare in presenza di attività di Radiodiagnostica e/o Diagnostica per immagini)

Di aver individuato il Direttore Responsabile, specialista in radiodiagnostica il Dottor _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

Cittadinanza _____ Cod. Fisc. _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente in (Via/Corso/Piazza ...) _____ n. _____

Laureato/a in _____ abilitazione _____

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____

Che si è reso disponibile a garantire la presenza per almeno il 50% delle ore di attività del presidio

- Di garantire durante l'attività ambulatoriale la presenza di un tecnico di radiologia a rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, individuato nel/la Signor/Sig.ra _____ espletante le mansioni per non meno di 28 ore settimanali, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, così come attestato nell'allegata dichiarazione;
- Di essere a conoscenza che il personale medico specialista in radiodiagnostica, di cui all'elenco allegato, nell'espletamento dell'attività, deve rispettare le norme previste dal D.Lgs. 230/1995 e smi., così come attestato nelle dichiarazioni a firma di ciascun medico;

ALLEGA ALLA PRESENTE

- Copia del documento di identità, qualora l'allegato sia presentato a mezzo posta o da un terzo.
- (per i cittadini extracomunitari) Copia permesso di soggiorno in corso di validità e/o copia della ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di rinnovo alla Questura (come da nota n. prot. 11050/M(8) del 5/08/2006 del Ministero dell'Interno)
- Autocertificazione relativa al possesso del diploma di laurea, dell'iscrizione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri e di eventuali diplomi di specializzazione
- Elenco del personale sanitario (medici e I.P.) (1)
- Autocertificazione tecnico di radiologia
- Elenco personale medico specialista di radiodiagnostica
- Dichiarazione a firma di ciascun medico specialista in radiodiagnostica di rispetto norme D.Lgs. 230/1995 art.111
- Autocertificazioni del personale medico circa il possesso di titoli di studio richiesti e copia del tesserino di iscrizione all'ordine dei medici o al collegio degli infermieri professionali di tutto il personale sanitario (medici e I.P.)
- Relazione igienico-sanitaria (2).
- Dichiarazione di accettazione del sostituto del Direttore Sanitario

Data _____

Firma _____

(1) Individuare nominativo, qualifica, mansioni e impegno orario, anche per gli operatori saltuari:

(2) La relazione dovrà rappresentare i seguenti aspetti:

- le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- pulizia e sanificazione degli ambienti (prodotti, modalità e frequenza)
- procedura di smaltimento dei rifiuti sanitari
- scheda tecnica sulla lavabilità delle pitture
- planimetria con indicazione dei percorsi sporco/pulito
- procedura per la gestione delle emergenze sanitarie
- contenuto carrello di emergenza