ALLEGATO B
alla domanda di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e/o socio-sanitaria di
ambulatori e studi singoli

ELENCO DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA
--

solo per le strutture ambulatoriali private organizzate con modalità imprenditoriali o società:

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del legale rappresentante, con indicazione dei soggetti da sottoporre alle verifiche antimafia;
- N. dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà di altre persone, diverse dal legale rappresentante, indicate dall'articolo 85 del D. Lgs. 159/2011;

solo per gli studi odontoiatrici o medici e di altre professioni sanitarie:

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del titolare, resa ai sensi dell'articolo 85 del D. Lgs. 159/2011;

per tutte le strutture (ambulatori e studi):

- planimetria dei locali in scala 1:100 con relazione in ordine alla destinazione d'uso;
- copia del regolamento sanitario interno concernente le modalità di ammissione degli utenti e le norme di funzionamento dei servizi, di pronta assistenza sanitaria per tutto l'orario di apertura e di organizzazione dei servizi generali;
- a seconda della funzione per cui viene chiesta l'autorizzazione, la struttura allega altresì la/le seguente/i lista/liste di controllo (*barrare le caselle di interesse*):

per la **FUNZIONE STRUTTURALE AMBULATORIALE:**

per tutte le strutture ambulatoriali :

- lista di controllo n. 1 Dichiarazione del possesso dei requisiti minimi "REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI";
- lista di controllo n. 2 Dichiarazione del possesso dei requisiti minimi "REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI";
- dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte del direttore sanitario;

a seconda della funzione per cui viene chiesta l'autorizzazione, la struttura allega altresì la/le seguente/i lista/liste di controllo (*barrare le caselle di interesse*):

- lista di controllo n. 3.1 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE"
- lista di controllo n. 3.2 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO"
- lista di controllo n. 3.3 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI"
- lista di controllo n. 3.4 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "PRESIDI AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE"

solo per la funzione operativa “CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE”

- lista di controllo n. 3.5 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l’esercizio di attività di “CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE”;
- l’elenco del personale stabilito dalle direttive provinciali (con evidenza del rispetto del parametro se previsto);

-
- lista di controllo n. 3.6 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l’esercizio di attività di “CENTRO DI SALUTE MENTALE”
 - lista di controllo n. 3.7 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l’esercizio di attività di “CONSULTORIO FAMILIARE”
 - lista di controllo n. 3.8 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l’esercizio di attività di “AMBULATORIO CHIRURGICO (o Ambulatorio per interventi chirurgici)”
 - lista di controllo n. 3.9 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l’esercizio di attività di “AMBULATORIO ODONTOIATRICO”
 - lista di controllo n. 3.10 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l’esercizio di attività di “CENTRO DIALISI”
-
-

per la funzione di **STUDIO ODONTOIATRICO**

- lista di controllo n. 1.1 - Parte quarta Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l’esercizio di attività di “STUDIO ODONTOIATRICO”
-

per la funzione di **STUDIO MEDICO E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- lista di controllo n. 1.2 - Parte quarta Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l’esercizio di attività di “STUDIO MEDICO E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE”