

COMUNE DI \_\_\_\_\_  
PROVINCIA DI \_\_\_\_\_  
SETTORE \_\_\_\_\_  
SERVIZIO \_\_\_\_\_

PROT. \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE/CONFERMA ALL'ESERCIZIO

di una struttura sanitaria che eroga prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale.  
(Legge Regionale 16.08.2002, n°22 – D.G.R. n° 2501 del 06.08.2004)

### IL SINDACO/IL DIRIGENTE

**Vista** l'istanza pervenuta in data \_\_\_\_\_, protocollo generale n° \_\_\_\_\_, presentata dal Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rapp./amm.un.)

della struttura sanitaria denominata \_\_\_\_\_, diretta ad ottenere il rilascio/la conferma dell'autorizzazione all'esercizio di una struttura sanitaria, nei locali siti in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, rispondente alla/e seguente/i tipologia/e rientrante/i nella classificazione approvata con D.G.R.V. n° 2501 del 06.08.2004:

(Indicare per esteso la denominazione riportata nella classificazione più la relativa classe/codice

Es.: - Cod. b5: Ambulatorio mono-polispecialistico (nel qual caso indicare le singole discipline specialistiche esercitate)

- Cod. b5/1 : Ambulatorio di radiodiagnostica ( nel qual caso indicare quantità, tipo e modello di apparecchiature)

- Cod. b10 : Laboratorio di analisi (nel qual caso indicare sezioni di specialità e tipologia delle apparecchiature)

eccetera....)

**Atteso** che tale attività sarà svolta sotto la Direzione Sanitaria del Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, giusta dichiarazione datata \_\_\_\_\_, allegata agli atti;

La Direzione Tecnica (in caso di laboratorio di Diagnostica per immagini/laboratorio di analisi) è affidata al Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, specialista

in \_\_\_\_\_, iscritto all' \_\_\_\_\_, al n° \_\_\_\_\_, giusta dichiarazione datata \_\_\_\_\_, allegata agli atti;

**Preso atto** che il richiedente ha inviato in data \_\_\_\_\_, le valutazioni di conformità ai requisiti, allegata all'istanza, riportate nell'apposita colonna delle liste di verifica, di cui agli allegati n° 2 e 3 del Manuale di attuazione delle L.R. 16.08.2002 n° 22, approvato con D.G.R.V. 2501 del 06.08.2004;

**Dato atto** che la domanda di autorizzazione all'esercizio con la documentazione allegata, è stata trasmessa all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto, (**o altro referente**) con contestuale richiesta di verificare il possesso da parte di struttura succitata dei requisiti di cui all'articolo 10 della L.R. 22/2002;

**Preso atto** che la struttura in oggetto risulta in possesso dei requisiti minimi specifici previsti dalla normativa vigente in materia, per l'esercizio delle attività sanitarie di cui alla richiesta sopra citata, così come specificato nel rapporto di verifica dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto, (**o altro referente**) trasmesso con nota prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

**Visto** il D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

**Visto** il D.lgs 229/99;

**Visto** il D.lgs 230/95 e il 241/00 e successive modifiche ed integrazioni;

**Visto** il D.lgs 18.08.2000, n° 267;

**Vista** la Legge Regionale n° 22 del 16.08.2002;

**Vista** la D.G.R. 2501 del 06.08.2004;

**Vista** la nota della Giunta Regionale, prot. n° 837327/50.00.00 del 23.12.2004;

**Vista** la nota dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria prot. 2046 del 27.12.2004;

**Visto** il vigente Regolamento Comunale d'Igiene;

**Preso atto** della documentazione acquisita agli atti;

**Accertato** l'avvenuto pagamento della tassa di concessione regionale nell'importo previsto dalla vigente legislazione;

**Visto** il Decreto/Determina \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, che individua le unità organizzative responsabili dei procedimenti, ai sensi dell'Art. 4, comma 1 della legge 241/90;

## AUTORIZZA

il Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

(titolare/legale rapp./amm.un.)

della struttura sanitaria denominata \_\_\_\_\_, con sede in

\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, all'esercizio di una struttura

sanitaria, nei locali siti in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, di cui alla

planimetria presentata, rispondente alla/e seguente/i tipologia/e rientrante/i nella classificazione approvata con D.G.R.V. n° 2501 del 06.08.2004:

(Indicare per esteso la denominazione riportata nella classificazione più la relativa classe/codice

Es.: - Cod. b5: Ambulatorio mono-polispecialistico (nel qual caso indicare le singole discipline specialistiche esercitate)

- Cod. b5/1 : Ambulatorio di radiodiagnostica ( nel qual caso indicare quantità, tipo e modello di apparecchiature)

- Cod. b10 : Laboratorio di analisi (nel qual caso indicare sezioni di specialità e tipologia delle apparecchiature)

eccetera....)

La Direzione Sanitaria della struttura è affidata al Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, iscritto all' \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_, specialista in \_\_\_\_\_, che, in particolare in qualità di Direttore Sanitario è responsabile:

- a) dell'organizzazione tecnica-funzionale e del buon funzionamento dei servizi;
- b) dell'assegnazione ai singoli servizi del personale sanitario, tecnico e paramedico che deve essere fornito dei titoli indispensabili per l'esercizio delle singole attività professionali;
- c) del regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate nel complesso sanitario;
- d) del rispetto delle norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti da specifiche attività;
- e) del controllo delle attività di supporto ed in particolare de quelle di disinfezione e di sterilizzazione;
- f) della registrazione, trascrizione ed archiviazione dei referti;
- g) delle segnalazioni obbligatorie previste dalle vigenti disposizioni di leggi disposizioni di legge;
- h) della vigilanza sull'applicazione delle vigenti disposizioni in materia di presidi diagnostici, curativi e riabilitativi.

Ogni variazione riguardante la titolarità della struttura, l'incarico di Direzione Sanitaria o modificazioni di tipo strutturale e/o impiantistico dovrà essere comunicata al Comune per l'aggiornamento del presente atto.

La presente autorizzazione all'esercizio ha durata di 5 anni dalla data del rilascio ed è soggetta al rinnovo previa verifica del mantenimento dei requisiti minimi, generali e specifici e di qualità di cui all'articolo 10 della L.R. 22/02.

L'autorizzazione può essere revocata, previa diffida, nei casi in cui si verificano carenze dei requisiti.

Copia del presente decreto verrà trasmessa alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale, all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto e al Direttore Generale Azienda ULSS n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ .