



SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)
ai sensi decreto .n.10. del 9/2/2018 del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano
di rientro dai disavanzi del SSR Campano (Deliberazione Consiglio dei Ministri
10/07/2017)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO
art46 e 47 del D.P.R. 445/2000

AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA
art. 88 co. 4-bis e art. 89 D. Lgs. 159/2011

Da trasmettere alla PEC del SUAP a:
protocolloSUAP@pec.comune.salerno.it
e alla PEC dell'ASL a
protocollogenerale@pec.aslsalerno.it

Al Sindaco del Comune di
SALERNO

p.c **Al Direttore Generale della**
Azienda Sanitaria Locale di
SALERNO

IL SOTTOSCRITTO NOME _____ COGNOME _____

NATO _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE IN (VIA/PIAZZA) _____

CITTÀ _____ PROV. _____

TELEFONO _____ CELL. _____

EMAIL _____ PEC _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

CARTA D'IDENTITÀ PASSAPORTO ITALIANO PATENTE che si allega in copia

N. DOCUMENTO _____

ENTE DI RILASCIO _____

DATA DI RILASCIO _____ DATA DI SCADENZA _____

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci;
- ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00;



- sotto la propria responsabilità

DICHIARA

DI ESSERE ISCRITTO ALL' ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI _____

N. ALBO ODONTOIATRI _____ DAL _____ N. ALBO MEDICI _____ DAL _____
 e di essere

<input type="checkbox"/> titolare	<input type="checkbox"/> studiomonoprofessionale	<input type="checkbox"/> studio privato in polimerico
<input type="checkbox"/> rappresentante legale	<input type="checkbox"/> studio associato	<input type="checkbox"/> StP

denominato _____

ubicato in _____ Prov. _____ Via _____

P.IVA n° _____ recapito telefonico _____

indirizzo email _____ posta certificata (PEC) _____

AUTOCERTIFICA

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni

COMUNICA

l'inizio attività l'ampliamento il trasferimento la trasformazione

locali siti in _____ loc./via _____
 da destinare a studio medico e/o odontoiatrico attrezzato per erogare prestazioni individuate ai sensi del comma 4 dell'art.8-ter D.L.vo n.502/1992,

AUTOCERTIFICA

IL POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI PREVISTI DALLA DGR Campania 7301/2001

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		SI	NO
1	area confortevole dotata di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza di accesso;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	spazi per l'accettazione e le attività amministrative;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	spazi distinti per le funzioni direzionali;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	locale o armadiospogliatoio per il personale;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	locale o armadio per deposito di materiale sporco;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	locale o armadio per deposito di materiale pulito;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	locale o armadio per le attrezzature e il materiale per la pulizia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	locale o spazio per ogni riunito odontoiatrico, per l'esecuzione delle prestazioni, dotato di adeguata illuminazione ed areazione;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

10	servizio igienico dedicato all'utenza ed uno dedicato al personale, di facile accesso;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	in presenza di unità di radiologia, essa deve essere posta in un locale conforme alle vigenti disposizioni in tema di radioprotezioni;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	sistema di raccolta e spazio o locale adeguato allo stoccaggio dei rifiuti pericolosi tali da non determinare condizioni di antigienicità in conformità alle norme vigenti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	spazio o locale per la linea di sterilizzazione sporco-pulito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	superfici resistenti al lavaggio e alla disinfezione, con sigillatura al battiscopa; pavimento del tipo non inquinante, del tipo monolitico, ovvero con fughe sigillate con materiali idonei, resistente agli agenti chimici e fisici, antisdrucchiolo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		SI	NO
1	locali dotati di adeguata illuminazione e ventilazione nel rispetto delle normative vigenti e di adeguate condizioni climatiche;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	impianto idrico provvisto di acqua calda e fredda;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	impianto di aspirazione chirurgica ad alta velocità provvisto di scarichi dell'aria reflua all'esterno del locale operativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		SI	NO
1	riunito odontoiatrico conforme alle normative CE, e corredato dei relativi accessori, lampada scialitica, gruppo idrico, turbine e/o manipoli per micromotori, ablatori per tartaro e relative punte di ricambio monouso o autoclavabili a 137° C in quantità sufficiente a garantire la sterilizzazione in relazione al turn over dei pazienti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	serie di arredi adibiti allo stoccaggio e alla rimessa degli strumenti sterilizzati e di tutto il materiale necessario alla pratica odontoiatrica, almeno un mobile lavello, con comando non manuale (elettronico o a gomito), destinato al lavaggio degli operatori ed un ulteriore lavello nella zona sterilizzazione/locale per il lavaggio degli strumenti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		SI	NO
3	autoclave a vapore acqueo con cicli di sterilizzazione adeguati allo strumentario utilizzato; sistema di controllo dell'efficienza del ciclo di sterilizzazione mediante il monitoraggio dei parametri chimico-fisici; verifica annuale dell'efficienza della sterilizzatrice mediante test microbiologico. Per le parti non sterilizzabili in autoclave è prevista idonea sterilizzazione secondo le indicazioni del fabbricante o mezzi idonei;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	termosaldatrice e/o idonee buste autosaldanti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	presenza sediolini operatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	apparecchiature, strumentazioni tecniche e materiali specifici adeguati alle prestazioni svolte (igiene e profilassi, conservativa, endodonzia, chirurgia orale, parodontologia, implantologia, protesi, ortodonzia, pedodonzia), conformi alle normative CE;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	carrello per la gestione dell'emergenza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		SI	NO
1	titolare dello studio in possesso dei requisiti di legge previsti per lo svolgimento delle attività ai sensi delle leggi vigenti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	contratto di smaltimento rifiuti speciali (e liquidi radiografici, se si utilizzano sviluppatrici ad umido);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	in presenza di apparecchio di radiologia nomina di un esperto qualificato ed applicazione di quanto previsto dalle normative vigenti in materia di sorveglianza sanitaria;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	per ogni paziente è approntata una scheda clinica ambulatoriale nella quale sono riportati i dati anamnestici, obiettivi, esami diagnostici, terapie e prescrizioni;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	attività di sanificazione garantite secondo modalità e criteri adeguati;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	nella pratica dell'implantologia e della chirurgia orale avanzata è obbligatorio l'uso di materiale monouso sterile (guanti, camici, teli, cannule, ecc.) e di tutte le procedure proprie della asepsi operatoria;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	per la tutela del paziente dal rischio di infezioni ed in ottemperanza alle norme relative alla protezione da contagio, tutto ciò che viene a contatto diretto con i tessuti o i fluidi del paziente è sterilizzabile o monouso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per quanto sopra,

ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE SEGUENTE:

fotocopia del documento di riconoscimento (fronte e retro)

planimetria del locale dove si intende svolgere 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.

luogo _____ data _____ firma _____