



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)

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)
ai sensi decreto n.99/2019 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
art.46 e 47 del D.P.R. 445/2000

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

— **Al Sindaco del Comune di**
Torre del Greco (NA)

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

IL SOTTOSCRITTO NOME _____ **COGNOME** _____

NATO A _____ **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. _____

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



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)

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 polimedico
<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"/>



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)**

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"/>
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"/>



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)

		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 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.
- Disponibilità dei locali (Contratto di locazione o Titolo di proprietà).
- Relazione descrittiva delle modalità di sterilizzazione dello strumentario necessario.
- Relazione tecnica descrittiva, con indicazione della destinazione d'uso dei locali.

luogo _____ data _____ firma _____