

OGGETTO: DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO

Dichiarante	Il/la sottoscritto/a _____
	Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____
	Cittadinanza _____ Cod. Fisc. _____
	(se cittadino non UE) Estremi documento di soggiorno _____
	Rilasciato da _____ Il ____/____/____ scadenza ____/____/____
	Residente in _____ Prov. ____ Stato _____
	Indirizzo _____ n. _____ CAP _____
	Laureato/a in _____ abilitazione _____
	Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ al n. _____
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),

Attestazioni	Di accettare l'incarico di Direttore Sanitario dell'ambulatorio medico denominato _____
	<input checked="" type="checkbox"/> sito in Torino (Via/Corso/Piazza..) _____ _____ n. _____ lett. _____ piano/i _____ di cui è titolare il Sig./la Società _____
	<input checked="" type="checkbox"/> Che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 6.09.2011 n.159 e s.m.i.;
	<input checked="" type="checkbox"/> Di essere a conoscenza delle conseguenti responsabilità derivanti dall'accettazione dell'incarico di Direttore Sanitario;
	<input checked="" type="checkbox"/> 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;
	<input checked="" type="checkbox"/> Di garantire la presenza presso il sopra indicato ambulatorio per almeno il 25% delle ore di attività di presidio;
	<input checked="" type="checkbox"/> Che durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale, in sua assenza, è garantita la presenza di almeno un medico;
	<input checked="" type="checkbox"/> Che durante l'attività ambulatoriale è garantita la presenza di almeno una unità infermieristica che svolge numero _____ 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 Diplomi di specializzazione:
	<input checked="" type="checkbox"/> attività: _____ responsabile _____ attività: _____ responsabile _____ 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.

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

Radiodiagnostica

Di aver individuato il Direttore Responsabile, specialista in radiodiagnostica il Dottor _____
 Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
 Cittadinanza _____ Cod. Fisc. _____
 Estremi del documento di soggiorno _____ (se cittadino non UE)
 Rilasciato da _____ Il _____ scadenza _____
 Residente in (via, piazza, ecc.) _____ n. _____
 Comune di _____ Prov. _____ CAP _____
 Laureato/a in _____ abilitazione _____
 Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ al n. _____
 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. 101/2020 e attestato nelle dichiarazioni a firma di ciascun medico;

ALLEGA ALLA PRESENTE

Allegati

Copia del documento di identità.

Autocertificazione, datata non oltre sei mesi ed accompagnata da documento d'identità valido dovrà indicare: titoli di studio, specializzazioni, iscrizione all'ordine di competenza.
Si ricorda che le autocertificazioni sostituiscono i certificati la cui presentazione alla Pubblica Amm.ne non è ammessa.

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. 101/2020

Autocertificazioni del personale sanitario e tecnico (con la domanda di apertura o in caso di variazione del personale). **Le autocertificazioni**, datate non oltre sei mesi ed accompagnate da documento d'identità valido dovranno indicare: titoli di studio, specializzazioni, iscrizione all'ordine/collegio di competenza.
Si ricorda che le autocertificazioni sostituiscono i certificati la cui presentazione alla Pubblica Amm.ne non è ammessa;

Relazione igienico-sanitaria sottoscritta dal Direttore Sanitario **(2)**.

Data _____

Firma _____

Info

Il presente Allegato al Mod.402, 403 o 404, debitamente compilato in ogni sua parte e completo degli allegati previsti, deve essere **trasmesso**, sottoscritto dal dichiarante (**l'assenza della firma è motivo di irricevibilità**) unitamente a copia di un documento d'identità in corso di validità ovvero firmato digitalmente, **esclusivamente** utilizzando la Posta Elettronica Certificata (P.E.C.): suap@cert.comune.torino.it
Le pratiche eventualmente presentate tramite altri canali (posta, fax, sportello) saranno considerate inammissibili.

Sportello Unificato del Commercio – Ufficio Informazioni - Via Meucci n.4 – 10121 Torino
 Orario: martedì e giovedì dalle 9.00 alle 12.00 – mercoledì dalle 13.30 alle 15.30
Informazioni telefoniche dal Lunedì al Giovedì dalle 14.00 alle 16.00 Tel. 011 011 30411
informazioni e-mail: info.commercio@comune.torino.it
Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679: Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Torino, l'informativa estesa comprensiva dell'indicazione dei diritti degli interessati e dei contatti dell'Ente è consultabile all'indirizzo: <http://www.comune.torino.it/commercio/informativa-privacy/>
 L'Amministrazione procederà ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, idonei controlli anche a campione ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate

Legenda

(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	