

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 _____

sito in Torino (Via/Corso/Piazza..) _____
 _____ n. _____ lett. _____ piano/i _____
 di cui è titolare il Sig./la Società _____

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.;

Di essere a conoscenza delle conseguenti responsabilità derivanti dall'accettazione dell'incarico di Direttore Sanitario;

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;

Di garantire la presenza presso il sopra indicato ambulatorio per almeno il 25% delle ore di attività di presidio;

Che, in caso di assenza, verrà sostituito dal Dottor _____, che ha firmato l'**allegata** dichiarazione di accettazione dell'incarico;

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 eventuali Diplomi di specializzazione:

attività: _____ responsabile _____

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. 230/1995 e smi., così come attestato nelle dichiarazioni a firma di ciascun medico;

ALLEGA ALLA PRESENTE

Allegati

Copia del documento di identità.

Autocertificazione relativa al possesso del diploma di laurea, dell'iscrizione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri e di eventuali diplomi di specializzazione

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. 230/1995 e s.m.i.

Autocertificazioni del personale medico circa il possesso di titoli di studio, specializzazioni, iscrizione all'ordine dei medici o al collegio degli infermieri professionali di tutto il personale sanitario (medici e I.P.) **Si ricorda che non è ammessa la presentazione di certificati alla Pubblica Amm.ne e che questi devono essere sostituiti da autocertificazioni datate non oltre 6 mesi;**

Relazione igienico-sanitaria **(2)**

Dichiarazione di accettazione del sostituto del Direttore Sanitario

Data _____

Firma _____

Info

Il presente Allegato al Mod.402 o 404, debitamente compilato in ogni sua parte, deve essere **trasmesso** completo degli allegati previsti, sottoscritto dal richiedente (l'assenza della firma è motivo di rigetto della pratica) unitamente alla fotocopia di un documento d'identità in corso di validità dell'interessato 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. 01101130411
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/amministrative/privacy/index.shtml>
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	