



## Amministrazione destinataria

Regione Campania

## Ufficio destinatario

## Segnalazione certificata di inizio attività

*Ai sensi del Decreto 09/02/2018, n.10 del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano (Deliberazione del Consiglio dei Ministri 10/07/2017)*

## Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale								
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza							
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata							

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo	Tipologia									
Denominazione/Ragione sociale	Tipologia									
Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale	Partita IVA									
Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata								
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione								
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)	Provincia	Numero iscrizione								

## domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

## AUTOCERTIFICA

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159.

### COMUNICA

- l'inizio attività
- l'ampliamento
- il trasferimento
- la trasformazione

#### locali siti in

(in caso di trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale inserire la nuova sede operativa)

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura			
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
il procedimento riguarda ulteriori immobili

#### da destinare

##### Attività svolta

- studio medico
- studio odontoiatrico

attrezzato per erogare prestazioni individuate ai sensi dell'articolo 8-ter, comma 4 del Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502

## AUTOCERTIFICA

il possesso dei seguenti requisiti previsti dalla Deliberazione della Giunta regionale campania 31/12/2001, n. 7301

#### requisiti minimi strutturali

Requisito	Si	No
1 area confortevole dotata di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza di accesso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 spazi per l'accettazione e le attività amministrative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 spazi distinti per le funzioni direzionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 locale o armadiospogliatoio per il personale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 locale o armadio per deposito di materiale sporco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 locale o armadio per deposito di materiale pulito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 locale o armadio per le attrezzature e il materiale per la pulizia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 locale o spazio per ogni riunite odontoiatrico, per l'esecuzione delle prestazioni, dotato di adeguata illuminazione ed areazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 servizio igienico dedicato all'utenza ed uno dedicato al personale, di facile accesso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 in presenza di unità di radiologia, essa deve essere posta in un locale conforme alle vigenti disposizioni in tema di radioprotezioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>
13 spazio o locale per la linea di sterilizzazione sporco-pulito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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, antisdrucchio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**requisiti minimi impiantistici**

Requisito	Si	No
1 locali dotati di adeguata illuminazione e ventilazione nel rispetto delle normative vigenti e di adeguate condizioni climatiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 impianto idrico provvisto di acqua calda e fredda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 impianto di aspirazione chirurgica ad alta velocità provvisto di scarichi dell'aria reflua all'esterno del locale operativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**requisiti minimi tecnologici**

Requisito	Si	No
1 riunito odontoiatrico conforme alle normative CE, e corredata 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="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>
4 termosaldatrice e/o idonee buste autosaldanti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 presenza sediolini operatore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>
7 carrello per la gestione dell'emergenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**requisiti minimi organizzativi**

Requisito	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="radio"/>	<input type="radio"/>
2 contratto di smaltimento rifiuti speciali (e liquidi radiografici, se si utilizzano sviluppatici ad umido)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 in presenza di apparecchio di radiologia nomina di un esperto qualificato ed l'applicazione di quanto previsto dalle normative vigenti in materia di sorveglianza sanitaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>
5 attività di sanificazione garantite secondo modalità e criteri adeguati	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>

**referente per la pratica**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- 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
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati *(specificare)*

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
-------	------	----------------