

Al Sig. Sindaco di \_\_\_\_\_  
per il tramite dell' U.O.C. Igiene  
degli Ambienti di Vita della ASP di  
Palermo  
Via Carmelo Onorato n. 6 Palermo

**Oggetto:** Istanza per rilascio di autorizzazione sanitaria all'apertura e all'esercizio di un ambulatorio medico di \_\_\_\_\_ in cui opera un solo professionista.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ nella qualità di legale rappresentante della società ditta individuale denominata:  
" \_\_\_\_\_ ", codice fiscale \_\_\_\_\_, partita IVA n. \_\_\_\_\_,

### CHIEDE

alla S.V. il rilascio, ai sensi del D.A. Sanità del 17.06.2002 del provvedimento autorizzativo per (barrare solamente le caselle che interessano):

- apertura di un ambulatorio di \_\_\_\_\_ in cui opera un solo professionista nei locali siti nel Comune di \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, piano \_\_\_\_;
- aggiornamento del provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, relativo all'ambulatorio di \_\_\_\_\_ in cui opera un solo professionista sito in \_\_\_\_\_ via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, piano \_\_\_\_ per \_\_\_\_\_.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. n. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii

### DICHIARA

- 1) di essere legale rappresentante della società ditta individuale denominata:  
" \_\_\_\_\_ " con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_;
- 2) che il Titolare/Direttore Sanitario dell'ambulatorio di \_\_\_\_\_ in cui opera un solo professionista è / resta affidata al Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ in possesso del seguente titolo: \_\_\_\_\_;
- 3) che i locali siti nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ piano \_\_\_\_, verranno adibiti esclusivamente all'attività per la quale si chiede autorizzazione e di averne la piena ed esclusiva disponibilità, derivante da atto di proprietà/contratto di locazione stipulato il \_\_\_\_\_ e registrato presso \_\_\_\_\_;
- 4) che l' immobile indicato al punto 3 è in possesso del certificato di agibilità /SCA n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con destinazione d'uso (Categoria catastale A10 o superiore)/ di perizia giurata in quanto costruito anteriormente al 1934 (cancellare la voce che non interessa);

- 5) che il regolamento condominiale dell'immobile indicato al punto 3 non vieta l'ubicazione nell'edificio di un ambulatorio di \_\_\_\_\_;
- 6) di conferire alla Ditta autorizzata \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ i rifiuti sanitari e tossico-nocivi prodotti nell'ambulatorio;
- 7) di essere in possesso del certificato di conformità dell'impianto elettrico (specifico per ambulatorio medico) dei locali ove è ubicato l'ambulatorio, in ottemperanza a quanto disposto dalle vigenti norme in materia, rilasciato da Ditta autorizzata con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- 8) di aver conferito in data \_\_\_\_\_ all'Esperto Qualificato \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ l'incarico per effettuare i controlli periodici di qualità delle apparecchiature radiologiche di cui è dotato l'ambulatorio, in ossequio alle vigenti norme in materia di radioprotezione;
- 9) di avere ottemperato alle disposizioni impartite dalle vigenti normative in materia di privacy;
- 10) di avere applicato le disposizioni impartite dalle vigenti normative in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro;
- 11) Di essere consapevole che

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Ogni eventuale comunicazione riguardante la presente istanza potrà essere inoltrata al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefonico: \_\_\_\_\_ e-Mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente i seguenti documenti: (barrare la casella che interessa)

<b>1</b>	copia dei documenti di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del personale che ha resodichiarazioni e/o autocertificazioni (2 copie)
<b>2</b>	Atto costitutivo della società (2 copie)
<b>3</b>	Autocertificazione/i laurea, abilitazione, iscrizione all'albo professionale del direttore sanitario dell'ambulatorio (2 copie) <b>(Modello ALL. 1)</b>
<b>4</b>	Certificato di agibilità dei locali con destinazione d'uso o titolo equivalente ai sensi del D.Lgs n. 222/2016;(2 copie)
<b>5</b>	Titolo di proprietà o contratto di locazione (2 copie)
<b>6</b>	Planimetria dei locali in formato scala 1:100 con disposizione delle attrezzature (4 originali)
<b>7</b>	Relazione tecnica (4 originali)
<b>8</b>	Elenco attrezzature ed apparecchiature, intestato, datato, firmato (4 copie) secondo il D.A. 890/02 parte 2
<b>9</b>	Elenco analitico delle prestazioni da effettuare e descrizione delle attività svolte
<b>10</b>	Contratto smaltimento rifiuti speciali sanitari e dei rifiuti tossico-nocivi (2 copie)
<b>11</b>	Certificazione di conformità dell'impianto elettrico specifico per ambulatorio medico (2 copie)
<b>12</b>	Contratto con esperto qualificato per verifiche periodiche in materia di radioprotezione (2 copie)
<b>13</b>	Individuazione e generalità del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (2 copie)
<b>14</b>	Documentazione allegato A1 del D.A. 09 gennaio 2024 n. 20 (strutt. non res. semplice monopresidio) <b>(Mod. ALL. A1)</b>
<b>15</b>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione, da rendere utilizzando il modello aziendale in uso, in materia di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n.165/2001, ed art. 20 del Piano Triennale Prevenzione Anticorruzione 2015/2017) <b>(Modello ALL. 2).</b>

16	Dichiarazione sostitutiva di certificazione, da rendere utilizzando il modello aziendale in uso, a cura deisoggetti esterni all'Azienda, attestante la sussistenza / insussistenza di rapporti di parentela o affinità o di situazioni di convivenza o di frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo (legge190/2012, art. 1 comma 9 lettera e) <b>(Modello ALL. 3)</b> .
17	Dichiarazione sostitutiva di certificazione, da rendere utilizzando il modello aziendale in uso, attestante lo svolgimento dell'attività esclusivamente dal titolare o direttore sanitario <b>(Modello ALL. 4)</b>
18	Schema per il calcolo dei diritti sanitari da versare ai sensi del Decreto Assessoriale 04/06/2004 . <b>(Modello ALL. 5)</b>
19	Attestazione di versamento dei diritti sanitari sul C/C postale n. 19721901 intestato ad ASP Palermo U.O.C.Igiene degli Ambienti di Vita

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

*Da rendere a cura del personale medico.*

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....  
residente in ..... Via/Piazza ..... n. ....  
Prov ..... , codice fiscale ....., nella qualità di  
(specificare mansione) .....  
del (*specificare tipologia struttura sanitaria*) .....

gestito della Società denominata: ..... con sede operativa  
in ..... Prov. .... Via/Piazza ..... n. ....,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

**DICHIARA (*segnare con x le voci di interesse*)**

- di aver conseguito la laurea in ..... in data ..... presso l'Università di .....
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di ..... presso ..... nella sessione ..... dell'anno .....
- di aver conseguito la specializzazione in ..... in data ..... presso l'Università di .....
- di essere iscritto all'Albo dei ..... della prov. di ..... al n. .... dal .....
- di aver accettato, a decorrere dal ....., l'incarico di ..... del (*specificare tipologia struttura sanitaria*) ..... gestito dalla Società denominata: ....., per n. .... ore settimanali, non trovandosi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali incompatibilità che dovessero verificarsi nel futuro;
- di essere in possesso dei crediti ECM necessari per soddisfare l'obbligo formativo;
- altro ( diplomi, etc ) .....

Luogo e Data .....

*(firma per esteso)*

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(firma per esteso)*

**N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO  
IN MATERIA DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'  
SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nella qualità di legale rappresentante della  società  associazione  ditta individuale denominata:

“ \_\_\_\_\_ ”,  
codice fiscale n. \_\_\_\_\_ , partita IVA n. \_\_\_\_\_

,  
con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_, e sede operativa dell'ambulatorio di \_\_\_\_\_ sita nel Comune di \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_,

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii, nonché delle sanzioni cui incorrono i soggetti per i quali emerga il mancato rispetto dell'art. n. 53, comma 16-ter del DLGS n. 165/2001, come da Allegato 1 sezione punto 1.3 del vigente PTPCT.

**DICHIARA**

Con riferimento agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo, il cui rapporto di lavoro sia cessato a decorrere dal 28.11.2012, che abbiano esercitato nei confronti della suddetta società /associazione/ ditta individuale le seguenti attività:

- rilascio di pareri igienico-sanitari, di autorizzazioni, di concessioni;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;
- controlli sulle strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie di qualunque tipologia (ad es.: ricoveri, visite ambulatoriali, prestazioni riabilitative ex art. 26, prestazioni di comunità terapeutiche assistite, prestazioni di comunità tossicodipendenti, etc.);
- ispezione/controllo/vigilanza a qualsiasi titolo espletata,

laddove il dipendente sia stato il responsabile del procedimento e/o responsabile unico del procedimento (RUP) e/o incaricato dei controlli/verifiche e/o dirigente della Unità Operativa competente per materia:

di non avere concluso e di impegnarsi a non concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non avere attribuito e di impegnarsi a non attribuire incarichi per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro;

oppure

di avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di avere attribuito incarichi agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo come di seguito indicato:

(specificare nome e cognome dell'ex dipendente, data di nascita, tipologia contratto di lavoro/incarico, data di decorrenza e termine finale del contratto/incarico)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
*Il Titolare / Legale Rappresentante  
(firma per esteso)*

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e [ss.mm.ii.](#), il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
*Il Titolare / Legale Rappresentante  
(firma per esteso)*



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829 -

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
(Art. 47 D.P.R. N. 445/2000)

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ della

(indicare la denominazione e la ragione sociale dell'Ente o della Società)

beneficiario del provvedimento di autorizzazione/concessione avente ad oggetto

soggetto esterno contraente relativamente al contratto avente ad oggetto

preso atto delle disposizioni in materia di dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e) L. 190/2012:

di non trovarsi in rapporto di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo;

di trovarsi in rapporto di \_\_\_\_\_ (specificare se parentela o affinità frequentazione abituale convivenza)  
con \_\_\_\_\_ dirigente dell'ASP Palermo e/o con \_\_\_\_\_  
dipendente dell'ASP Palermo;

per quanto di diretta conoscenza<sup>1</sup>, che gli amministratori, i soci, i dipendenti della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta non hanno rapporti di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo

per quanto di diretta conoscenza<sup>1</sup>, che \_\_\_\_\_  
(indicare nome cognome)  
in qualità di \_\_\_\_\_  
(specificare se amministratore/socio/dipendente)

della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta è in rapporto di \_\_\_\_\_  
(specificare se parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale)  
con \_\_\_\_\_ dirigente dell'ASP Palermo  
e/o con \_\_\_\_\_ dipendente dell'ASP Palermo.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni modifica sopravvenuta alla presente dichiarazione in occasione di eventuali futuri rapporti con l'ASP Palermo

P a l e r m o , \_\_\_\_\_

In fede

Alla presente dichiarazione si allega copia non autenticata di un proprio documento di identità

<sup>1</sup> l'art. 47 c. 2 DPR 445/2000 prevede che "la dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza". Per "diretta conoscenza" si intendono fatti, stati e qualità relativi al soggetto terzo di cui si rende dichiarazione e di cui il dichiarante "abbia completa contezza" (v. Cons. di Stato. sez. IV, sent. n. 3862/2011)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nella qualità di legale rappresentante della società associazione ditta individuale denominata:  
" \_\_\_\_\_ ",  
codice fiscale n. \_\_\_\_\_ , partita IVA n. \_\_\_\_\_ ,  
con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ , piano \_\_\_\_\_ , e sede  
operativa dell'ambulatorio di \_\_\_\_\_ sita nel  
Comune di \_\_\_\_\_ via /  
piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , piano \_\_\_\_\_ ,  
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei  
benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole  
delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni  
mendaci, ai fini del rilascio della autorizzazione sanitaria di cui all'istanza del \_\_\_\_\_ , sotto la  
propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

**DICHIARA**

- che i locali dell'ambulatorio di \_\_\_\_\_ sito  
in \_\_\_\_\_  
sono in possesso dei requisiti oggettivi e, cioè, dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e  
specifici per la concessione dell'autorizzazione sanitaria;
- che presso l'ambulatorio operano n. \_\_\_\_\_ unità di personale;
- che presso l'ambulatorio di \_\_\_\_\_ operano n. \_\_\_\_\_ professionisti (vedi D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024);

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(N.B.) Nel caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà la firma in calce alla dichiarazione non necessita di autenticazione a condizione che venga sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure che venga sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al **DL 101/2018 di armonizzazione al Regolamento Ue n. 679 del 2016**, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La dichiarazione sostitutiva di certificazione / atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.

**N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE**

Schema per il calcolo dei diritti sanitari da versare ai sensi del  
Decreto Assessoriale 04/06/2004

Nuove autorizzazioni

Fino a mq 100	€ 94,86
Ogni mq. 100 in più o frazione di mq. 100	€ 53,04
Eventuale riaccertamento	30% della tariffa precedentemente corrisposta
Aggiornamento autorizzazione	€ 53,04

Il versamento potrà essere effettuato con le seguenti modalità:

Conto corrente postale n. 19721901 intestato ad “ASP PALERMO – U.O.C. IGIENE DEGLI AMBIENTI DI VITA”

Bonifico bancario sul conto identificato con il seguente IBAN:

IT39L 01005 04600 000000218200 intrattenuto da questa Azienda presso la Banca Nazionale del Lavoro.

Causale del versamento: Diritti sanitari

**Per struttura non residenziale semplici monopresidio**  
(vedi definizioni art. 2 e classificazione art. 3 del D.A. 9 gennaio 2024 n. 20).

**Per una puntuale applicazione di ciascun requisito fare riferimento ai subcodici riportati nell'allegato A1 del D.A. 9 gennaio 2024 n. 20.**

<b>Il Responsabile della struttura metterà a disposizione del GdV prima della visita i seguenti documenti previsti dai requisiti generali per l'autorizzazione di cui all'allegato A1 al decreto assessoriale 09 gennaio 2024 n. 20 (G.U.R.S. 26 gennaio 2024, n. 5, S.O. n. 4)</b>	
<b>DOCUMENTO</b>	<b>Cod. Requisito</b>
1. Documento che definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse (analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi)	<i>1A.01.03.01</i>
2. Documentazione inerente il sistema informativo	<i>1A.01.04.01</i>
3. Documento/programma che descrive le modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati	<i>1A.01.05.01</i>
4. Procedura per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti.	<i>1A.01.06.01</i>
5. Documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza	<i>1A.02.02.01</i>
6. Piano per la gestione delle emergenze	<i>1A.02.02.02</i>
7. Protocollo per l'isolamento di pazienti con patologie contagiose o potenzialmente tali	<i>1A.02.02.03</i>
8. Procedura che definisce i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo.	<i>1A.02.05.01</i>
9. Documento formale di incarico del responsabile della Manutenzione	<i>1A.03.01.01</i>
10. Inventario delle attrezzature aggiornato e verificato annualmente e procedura per l'identificazione delle attrezzature	<i>1A.03.02.01</i>
11. Piano per la gestione e la manutenzione (ordinaria e straordinaria) delle strutture, impianti, attrezzature e apparecchiature biomediche.	<i>1A.03.02.02</i>
12. Documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature e apparecchiature immediatamente disponibile agli operatori interessati e alla funzione preposta alla manutenzione	<i>1A.03.02.03</i>
13. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di caratteristiche ambientali e di accessibilità	<i>1A.03.05.01</i>
14. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antincendio	<i>1A.03.05.02</i>
15. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione acustica	<i>1A.03.05.03</i>
16. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e continuità elettrica	<i>1A.03.05.04</i>
17. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica	<i>1A.03.05.05</i>
18. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti	<i>1A.03.05.06</i>
19. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione della barriere architettoniche	<i>1A.03.05.07</i>

20. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di smaltimento dei rifiuti	<b><i>1A.03.05.08</i></b>
21. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di condizioni microclimatiche	<b><i>1A.03.05.09</i></b>
22. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di impianti di distribuzione dei gas	<b><i>1A.03.05.10</i></b>
23. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di materiali esplosivi	<b><i>1A.03.05.11</i></b>
24. Documentazione tecnica, in relazione alla tipologia delle attività svolte, attestante il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica	<b><i>1A.03.05.12</i></b>
25. Obblighi assicurativi definiti dalla normativa applicabile	<b><i>1A.04.12.04</i></b>
26. Carta dei servizi	<b><i>1A.05.03.01</i></b>
27. Modalità identificazione di tirocinanti, specializzandi e altri soggetti che intervengono nel percorso assistenziale.	<b><i>1A.05.03.03</i></b>
28. Report criticità riscontrate dall'analisi dei reclami e dei risultati delle indagini di customer satisfaction e relativi Piani di intervento	<b><i>1A.05.03.05</i></b>
29. Piano aziendale per la gestione del rischio	<b><i>1A.06.02.01</i></b>
30. Procedura per la pulizia e sanificazione degli ambienti	<b><i>1A.06.02.02</i></b>
31. Procedura per la protezione dagli incidenti per esposizione a materiale biologico o altre sostanze pericolose	<b><i>1A.06.02.03</i></b>
32. Sistema (Piani di intervento/report) per l'identificazione e la segnalazione di "near miss", eventi avversi ed eventi sentinella	<b><i>1A.06.02.04</i></b>