 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere	
---	--	--

Al Coordinatore dell'Organismo Tecnicamente Accreditante - OTA

Data della visita:


1) DATI STRUTTURA

denominazione	
indirizzo	
prestazioni	
Tipologia di attività ricompresa nel Manuale di Autorizzazione/ regime	<input type="checkbox"/> Assistenza specialistica in regime ambulatoriale
	<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti con una dotazione di p.l.

Responsabile/legale rappresentante:

Nome e Cognome	
Nata/o (data e luogo)	
Residenza	

Richiesta di rilascio di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (art. 9 L.R. n. 21/2016) presentata in Comune in data ai sensi della DGR n. del .

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere</p>	
--	---	--

2) PARTECIPANTI ALLA VISITA DI AUTORIZZAZIONE

Presenti per GAAR	Presenti per la struttura
TEAM LEADER	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
OSSERVATORE	NOME: QUALIFICA:



Agenzia Regionale Sanitaria
Organismo Tecnicamente Accreditante
**Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
Ospedaliere**

3) ESTENSIONE DELLA VISITA

Viste le allegate copie del Manuale di Autorizzazione autocompilate e firmate, si è proceduto alla verifica dei requisiti compresi nei seguenti paragrafi:

Descrizione Paragrafo (N° Paragrafo- N° Sotto parag.)		Codice Paragrafo	Requisito numerato	Evidenze	Note

4) GRIGLIA EVENTUALI PRESCRIZIONI

Descrizione Paragrafo (N° Paragrafo- N° Sotto parag.)	Codice Paragrafo	Requisito numerato	Prescrizioni	Scadenza

Nota: l'evidenza dell'assolvimento delle prescrizioni nei tempi stabiliti dal verbale dovrà essere inviata al Coordinatore OTA.

CRONOPROGRAMMA SI **No**

Nota: se presente cronoprogramma si riportano nella tabella prescrizioni le date previste per gli adeguamenti

Tipologia Requisito	N° Requisito	Adeguamento	Data

5) RELAZIONE DI SINTESI

In data odierna, i sottoscritti componenti GAAR Marche hanno avuto accesso alla struttura denominata.....

sita

per la verifica del possesso dei requisiti minimi di autorizzazione ai sensi della L.R. 21/2016.

Visitata la struttura, esaminata la documentazione e sentito il personale presente, si rileva quanto segue:

- la totale conformità di tutti i requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione;
- la parziale conformità dei requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione,
- l'assenza dei seguenti requisiti.....


Nota

Si evidenzia che il livello di sicurezza della struttura nei confronti delle azioni sismiche, definito come il rapporto tra l'azione sismica massima sopportabile dalla struttura e l'azione sismica massima che si utilizzerebbe nel progetto di una nuova costruzione, è pari a _____; a tale livello di sicurezza risulta associata una "vita residua" (tempo di intervento) pari a _____, di cui occorre tenere conto per gli eventuali adempimenti di competenza del Comune/SUAP ai fini del rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio.

Per quanto sopra esposto:

- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio
- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, con prescrizioni
- si propone il diniego all'autorizzazione all'esercizio

Firma del team leader: _____

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere	
---	---	--

6) SCHEDA TECNICA PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA/NOTA DI ADDEBITO

Visita di Autorizzazione - Generalità struttura

Data della visita

Legale Rappresentante											
DENOMINAZIONE della Società/ Ente / Azienda / Studio											
Sede											
P. IVA											
Codice Fiscale											
codice destinatario per fatturazione elettronica											
recapiti	Telefono					Fax					
	e-mail										
Denominazione della Struttura oggetto della verifica											
Sede											

TIPOLOGIA STRUTTURA	POSTI LETTO	TARIFFA forfettaria per singolo valutatore	NUMERO VALUTATORI PER VISITA	
Ambulatoriale	//	€ 540,00	2	<input type="checkbox"/>
Residenziale e semiresidenziale	< 20	€ 810,00	2	<input type="checkbox"/>
	20-100	€ 1.080,00	3	<input type="checkbox"/>
Ospedaliera	< 100	€ 1.620,00	3	<input type="checkbox"/>
	100-150	€ 2.160,00	5	<input type="checkbox"/>
	>150	€ 4.320,00	6	<input type="checkbox"/>

Firma del team leader: _____

La presente relazione è composta da pagine n° e da allegati n°

Una copia è stata consegnata al legale rappresentante della struttura.

....., lì

(luogo)

(data)

	Nome, Cognome	firma leggibile
Team leader		
Valutatori		
Osservatore		