	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> <b>Relazione di verifica dei requisiti previsti          nel Manuale di Autorizzazione dei servizi          residenziali e semiresidenziali</b>	
---	--	--

**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"/> Residenziale con una dotazione di            p.l. (tipologia            , ORPS            )
	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale con una dotazione di            p. (tipologia            , ORPS            )

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 style="text-align: center;">Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p style="text-align: center;"><b>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali</b></p>	
--	---	--

## 2) PARTECIPANTI ALLA VISITA DI AUTORIZZAZIONE

<b>Presenti per GAAR</b>	<b>Presenti per la struttura</b>
TEAM LEADER	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
OSSERVATORE	NOME: QUALIFICA:



#### 4) GRIGLIA EVENTUALI PRESCRIZIONI

Requisiti generali (Titolo per esteso)	N° Requisiti	Nome Tipologia (per esteso)	Codice paragrafo (sigla)	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: \_\_\_\_\_

**SE RICHIESTA VALUTAZIONE CASE MIX:**

**PRESENTI PRESCRIZIONI NEI REQUISITI GENERALI SI PROCEDE ALLA VERIFICA DEL CASE MIX**

**PRESENTI PRESCRIZIONI NEI REQUISITI SPECIFICI NON SI PROCEDE ALLA VERIFICA DEL CASE MIX**

**CASE MIX**

Al fine di garantire la continuità assistenziale della persona (*case mix*), si valuta il possesso dei seguenti requisiti

CODIFICA 

--	--	--	--	--	--	--

 PARAGRAFO

Requisiti generali (Titolo per esteso)	N° Requisiti	Nome Tipologia (per esteso)	Codice paragrafo (sigla)	Evidenze	Note

Presenza di tutti i requisiti case mix

Eventuali prescrizioni case mix

**6) GRIGLIA EVENTUALI PRESCRIZIONI (CASE MIX)**

Requisiti generali (Titolo per esteso)	N° Requisiti	Nome Tipologia (per esteso)	Codice paragrafo (sigla)	Prescrizioni	Scadenza

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

Per quanto sopra esposto si esprime:


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.....

.....

Firma del team leader: \_\_\_\_\_

 <b>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</b>	<b>Agenzia Regionale Sanitaria</b> <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> <b>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali</b>	
---	---	--

**7) 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.

....., li .....

*(luogo)*
*(data)*

	Nome, Cognome	firma leggibile
Team leader		
Valutatori		
Osservatore		