

	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	☐ Assistenza specialistica in regime ambulatoriale
	☐ 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 .

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

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:

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	C/NC/NA	Note

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

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

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

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 anni _____ a far data dal ..\.\., 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 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

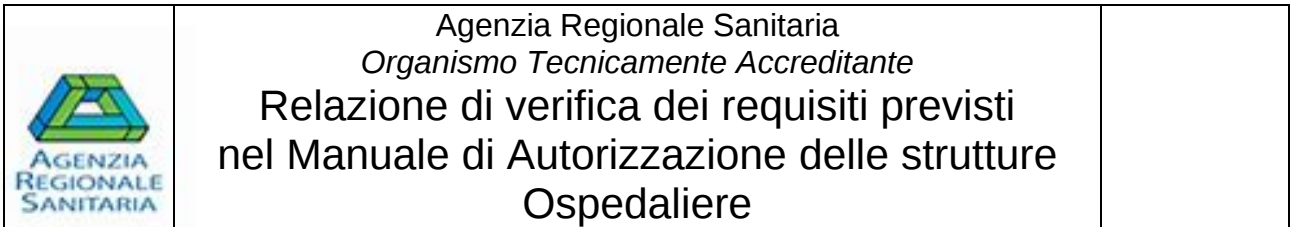
Visita di Autorizzazione - Generalità struttura

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	☐
Residenziale e semiresidenziale	< 20	€ 810,00	2	☐
	20-100	€ 1.080,00	3	☐
Ospedaliera	< 100	€ 1.620,00	3	☐
	100-150	€ 2.160,00	5	☐
	>150	€ 4.320,00	6	☐

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	
--	---	--

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		