

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Sesso M F Data di nascita _____

Luogo di nascita: Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____
via/Piazza _____ .n° _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Cellulare _____ Fax _____

e-mail _____ PEC _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, *ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,*

DICHIARA

di aver conseguito Diploma di Laurea in _____
in data _____ presso l'Università di _____

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____
Presso l'Università di _____

di essere iscritto all'Ordine Professionale (se iscritti al doppio albo indicare entrambe le iscrizioni)
dei Medici Chirurghi di _____ dal _____ al numero _____
degli Odontoiatri di _____ dal _____ al numero _____

di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in _____
in data _____ presso l'Università di _____

di avere dato comunicazione del suddetto incarico all'Ordine provinciale competente per il luogo in cui ha sede la struttura ai sensi della Legge n.238 del 23 Dicembre 2021 Art. 30.

(Compilare solo per il ruolo di Direttore Sanitario Responsabile per i Servizi Odontoiatrici c/o Poliambulatori dove viene erogata attività odontoiatrica o c/o AOM appartenenti a Società).

Il sottoscritto consapevole di quanto indicato nel decreto del Ministero della Salute 3 marzo 2023, n.91 Art.1 e all'articolo 1 della legge 4 agosto 2017, n. 124 commi 153, 154, 155 e 156 dichiara di assumere il ruolo di Direttore Sanitario Responsabile per i Servizi Odontoiatrici e che esercita tale ruolo in maniera esclusiva nella struttura sanitaria sopra menzionata.

di accettare/confermare l'incarico di Direttore Sanitario della Struttura Sanitaria denominata _____
_____ sita in . _____ via _____
a partire dal giorno _____

con particolare riferimento alla:

responsabilità igienico-organizzativa generale della struttura sanitaria in ordine all'utilizzo ottimale delle risorse strutturali, tecnologiche e di personale

emanazione di direttive e regolamenti, in ottemperanza alla normativa vigente, sorvegliandone il rispetto in tema di tutela della salute e della sicurezza nel luogo di lavoro, igiene e sicurezza degli ambienti e delle apparecchiature, attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione, smaltimento dei rifiuti sanitari, nonché strategie per la prevenzione delle infezioni ospedaliere

adozione dei provvedimenti necessari per la salvaguardia della salute di operatori, pazienti e visitatori

- vigilanza sulla corretta compilazione della documentazione clinica
- corretta conservazione della documentazione sanitaria
- vigilanza sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte degli operatori sanitari
- vigilanza sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari ed esprime parere obbligatorio su raccolta, elaborazione e trasmissione di dati sanitari, con particolare riguardo ai mezzi informatici e telematici
- promozione di iniziative per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie
- cura dei rapporti con l'ATS di riferimento per l'applicazione pratica di iniziative di promozione della prevenzione, dell'educazione alla salute e della tutela sanitaria
- responsabilità ai fini della verifica dell'abilitazione all'esercizio professionale del personale operante
- responsabilità ai fini della pubblicità sanitaria dello studio
- responsabilità dell'organizzazione e buon funzionamento dell'attività, provvede alla verifica tramite liste di controllo del regolare funzionamento delle apparecchiature e macchine diagnostiche e terapeutiche
- verifica dell'attuazione delle procedure di lavoro, dello strumentario e di sterilizzazione.
- verifica dell'attuazione delle disinfezioni ambientale e della prevenzione della legionellosi attestata, sotto forma di relazione semestrale firmata da conservare in sede, la correttezza delle attività svolte a tale scopo
- vigilanza sulla corretta conservazione e sullo smaltimento dei farmaci e dei materiali a scadenza
- esecuzione con cadenza semestrale sopralluogo della struttura finalizzato alla verifica che tutti i farmaci scaduti siano correttamente immagazzinati in contenitori non riapribili recanti la dicitura "**Farmaci Scaduti**" e che tutti i farmaci in corso di utilizzo rechino in evidenza la data di scadenza degli stessi.
- vigilanza sulla gestione dei rifiuti pericolosi potenzialmente infetti e speciali pericolosi eseguendo con cadenza semestrale un sopralluogo nella struttura finalizzato alla verifica della corretta effettuazione della conservazione e dello smaltimento dei rifiuti pericolosi potenzialmente infetti e speciali pericolosi.

ALLEGA

1. fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità (in carta semplice).

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS INSUBRIA;
- di essere informato che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle leggi in materia di autocertificazione.

Data

(firma del dichiarante)

.....