| **Criterio** | **Azione** | **Da fare** | **Doc. predisposto** | **Fatto** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Planimetria della comunità |  |  |  |
| 2. | Copia contratto di locazione  |  |  |  |
| 3. | Copia di:1. Verifica impianto messa a terra ARPA
2. Dichiarazione di conformità impianto elettrico
3. Verifica e manutenzione impianti elettrici
 |  |  |  |
| 4. | relazione tecnica relativa agli impianti di distribuzione dei gas medicali |  | N. P. |  |
| 5. | Relazione tecnico-sanitaria |  |  |  |
| 6. | Elenco degli arredi sanitari, delle attrezzature e delle apparecchiature, sottoscritto dal rappresentante legale. Per le apparecchiature dovrà essere riportata la casa costruttrice, il modello ed il numero di matricola ed allegato il certificato di conformità; |  |  |  |
| 7.1 | Certificati catastali immobile |  |  |  |
| 7.2 | Certificato di agibilità |  |  |  |
| 8.1 | Piano di emergenza ed evacuazione |  |  |  |
| 8.2 | Piano di gestione del primo soccorso |  |  |  |
| 8.3 | Piano di gestione della sicurezza anti incendio |  |  |  |
| 8.4 | Attestazione regolarità eventuale bombolone del gas e parere di conformità impianti termico ed idraulico |  |  |  |
| 9. | Dotazione organica del personale in servizio con l’elenco nominativo diviso per qualifica professionale e con l’indicazione della tipologia del rapporto di lavoro e dell’orario settimanale svolto; |  |  |  |
| 10. | Dati anagrafici del Direttore Sanitario con l’indicazione del titolo di studio posseduto e degli estremi di iscrizione all’Albo Professionale; |  |  |  |
| 11. | Regolamento interno |  |  |  |
| 12. | Certificato di iscrizione alla camera di commercio |  |  |  |
| 13. | Autocertificazione antimafia rappresentante legale |  |  |  |
| 14. | Attestazione dell’effettivo adempimento agli obblighi di tutela dei dati personali e sensibili previsti dalla normativa vigente in materia; |  |  |  |
| 15. | Attestazione dell’avvenuta presentazione, alla data di scadenza della procedura prevista dal DCA 90/2010, dell’istanza per ottenere il rilascio di certificati/pareri/nulla osta da parte delle Autorità preposte, nel caso in cui se ne renda necessaria l’acquisizione e gli stessi non siano già stati rilasciati |  | N.P.Superato |  |
| 16. | Carta dei Servizi |  |  |  |
| 17. | dichiarazione di conformità all’originale degli atti, in possesso del dichiarante, trasmessi in via telematica |  | N.P.superato |  |
| 18. | Autorizzazione al trattamento dei dati |  | N.P.superato |  |
| 19. | Copia atto costitutivo e statuto |  |  |  |
| 20. | Autorizzazione all’esercizio |  |  |  |
| 21. | Accreditamento istituzionale e ss.mm.ii. |  |  |  |

**NOTE IMPORTANTI:**

Questa è la trascrizione della griglia che utilizza la ASL per verificare la aderenza a tutti i requisiti ed acquisire la documentazione relativa.

Gli Items devono essere letti attentamente e valutati in relazione alla singola struttura. Alcuni a nostro modo di vedere non sono applicabili per nessuna struttura residenziale o semiresidenziale psichiatrica (N.A.). Altri potrebbero essere applicabili per alcune strutture mentre non per altre.

Alcuni requisiti possono essere soddisfatti da un unico documento anche se nella Check sono riportati separatamente.