

CARTA INTESATA GESTORE STRUTTURA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA POSSESSO DEI REQUISITI PER INSERIMENTO OSPITI (ALLEGATO A DELLA DGR 10-5445 del 29/7/2022)

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n. _____

codice fiscale _____

in qualità di Direttore Sanitario della Struttura denominata _____

_____ con sede a _____

in via _____ n. _____

Telefono _____ P.E.C. _____

P.IVA _____ C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

manifestando la disponibilità ad accogliere ospiti dimessi da presidi ospedalieri o da sedi di riabilitazione e di post acuzie

D I C H I A R A C H E

- sono disponibili nella struttura stanze ad uso singolo per isolamento temporaneo dell'ospite se non vaccinato o per eventuali necessità di isolamento che possano emergere durante il ricovero e a seguito dell'inserimento in percorsi protetti
- sono stati predisposti protocolli che dispongono la sicurezza dell'inserimento degli ospiti per la prevenzione del rischio infettivo
- tutto il personale della RSA ha completato il ciclo di vaccinazione anti-Covid 19
- il personale sanitario e tecnico dedicato ha completato le attività di formazione al contrasto del Covid 19 e per la prevenzione del rischio infettivo;
- la struttura ha adottato le procedure di contrasto al Covid 19 (es. Piano Covid 19) qui **allegate**.
- la struttura ha i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali di cui alla D.G.R. 30 luglio 2012 n. 45-4278;
- la Struttura ha un Referente ICA e/o referente Covid
- la Struttura OTTEMPERA ai debiti informativi dei flussi regionali compreso quello settimanale della piattaforma gestione Strutture

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con

strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegati:

- planimetrie dei locali in cui sia evidente l'area e le camere dedicate ai soggetti in DGR 10-5445
- presenza di piano Covid e di eventuali camere di isolamento)
- nominativo del referente ICA e/o referente Covid
- Carta di identità del legale Rappresentante

LUOGO E DATA

_____ , _____

IL DIRETTORE e/o DIRETTORE
SANITARIO
DELLA **(NOME STRUTTURA)**

Da inoltrare via pec all'indirizzo dell'ASL NO protocollogenerale@pec.asl.novara.it con gli allegati ed il documento di riconoscimento del dichiarante