

MANIFESTAZIONE DISPONIBILITA' ATTIVAZIONE POSTI LETTO/POSTI RESIDENZA

ASL LATINA
c.a. Direzione Sanitaria Aziendale
c.a. U.O.C. ACCREDITAMENTO
Pec: amministrazione@pec.ausl.latina.it

Il Sottoscritto _____
nat__ a _____ il _____
residente in _____ CAP _____
Via/Piazza _____ codice fiscale _____
tel.: _____ e-mail: _____
in qualità di Rappresentante Legale della Struttura _____
denominazione _____
sita in _____ CAP _____
Via/Piazza _____

MANIFESTA

La disponibilità, allo scopo di partecipare attivamente, alla gestione dell'emergenza sanitaria, a rendere disponibili presso la propria Struttura, immediatamente, o comunque entro i termini precisati nelle note, i seguenti nuclei già autorizzati ed in regime di accreditamento, per pazienti affetti da SARS COVID-19 per:

- Attività di assistenza sanitaria / sociosanitaria territoriale extra-ospedaliera in regime residenziale:

DESCRIZIONE ATTIVITÀ SANITARIA/SOCIOSANITARIA	N. NUCLEI	N. POSTI RESIDENZA **
Residenza sanitaria assistenziale (RSA) – Estensivo		

Eventuali note:

** Inserire numero posti residenza. I posti residenza devono essere individuati in nuclei separati e dedicati per pazienti SARS COVID-19 positivi

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità, anche penali, previste per il caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA che

- La struttura sanitaria/socio-sanitaria accreditata ribadisce di essere attualmente in possesso dei requisiti minimi autorizzativi di cui all'art. 5 comma 1 lettera a) della Legge Regionale n. 4/2003;
- la struttura assicura la presenza del medico H24;
- la struttura è in possesso, altresì, dei seguenti requisiti indicati nell' "Allegato A" dell'avviso di disponibilità formulato dalla ASL Latina;
- i posti residenza dedicati ai pazienti affetti da SARS COVID-19 saranno allocati in porzioni strutturalmente autonome della RSA;
- i locali spogliatoio nonché i servizi igienici del personale di assistenza assegnato a tali nuclei saranno interdetti all'ulteriore personale comunque operante nella struttura;
- il personale di assistenza sarà esclusivamente dedicato ai pazienti affetti da SARS COVID-19;
- tutto il personale sarà dotato di adeguati sistemi di protezione individuale;

SI IMPEGNA

a fornire tempestivamente su richiesta dell'amministrazione ogni altra informazione e documentazione necessaria e ad uniformarsi ad ogni successiva indicazione del Ministero della Salute, Regione Lazio e/o ASL Latina inerenti alle attività richieste ed al rapporto configurato. Ugualmente si impegna ad agevolare ogni forma di verifica e/o controllo da parte della ASL Latina per il tramite del competente Dipartimento di Prevenzione, ottemperando ad ogni indicazione da parte dello stesso.

(luogo) _____, (data) _____

IL RICHIEDENTE

Allega documento di riconoscimento in corso di validità

ASL Latina
Viale Pierluigi Nervi Torre G2
04100 Latina

Tel +39.0773.6551
www.auslatina.it
p.iva 01684950593