

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.ausl.latina.it
p.iva 01684950593