

Spett.le ATS Città Metropolitana di Milano

SC Igiene e Sanità Pubblica

Sede di

Via

Comune.....

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome.....

Codice Fiscale Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune

Residenza: Provincia Comune

Via/Piazza n° C.A.P.....

Domicilio: Provincia Comune

Via/Piazza n° C.A.P.

Cittadinanza

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 aver comunicato il proprio incarico all'Ordine Professionale territoriale competente per la sede
della struttura (art. 30 della L. 23/12/2021 n° 238)
- di accettare l'incarico di Direttore Sanitario della Struttura Sanitaria denominata
.....
sita in..... via

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 (Legge 175/92)
- responsabilità dell'organizzazione e buon funzionamento dell'attività, provvede alla verifica tramite liste di controllo del regolare funzionamento delle apparecchiature elettromedicali ad indirizzo diagnostico e terapeutico
- verifica dell'attuazione delle procedure di lavoro, dello strumentario e di sterilizzazione.
- verifica dell'attuazione delle disinfezioni ambientale e della prevenzione della legionellosi
- attestazione, 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 un 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 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 Milano;
- di essere informato che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle leggi in materia di autocertificazione.

Data

(firma del dichiarante)

.....