

Mod. LOC_VAC_r01

Al Direttore del S.I.S.P.

Al Direttore del Distretto Sanitario

(sede territoriale competente)

Il Sottoscritto, _____ in qualità di SINDACO

del Comune di _____

con sede in _____, avente titolarità sui locali (tipologia es. Palestra) _____

siti in (indirizzo) _____

che si intende mettere a disposizione dei Medici di Famiglia (MMG) per ospitare in via temporanea le attività di vaccinazione SARS COV2,

Dichiara di avere valutato la rispondenza ai requisiti normativi sanitari dei locali in questione, secondo quanto definito nell'allegato I della D.C.R. 22 febbraio 2000, n. 616 – 3149 e come riassunto nella seguente tabella

REQUISITI STRUTTURALI	SI	NO
I locali e gli spazi possiedono il certificato di abitabilità agibilità (art 24 D.P.R 380/01) ?		
l'altezza dei locali è superiore o uguale a m 2.70 ?		
La superficie dei locali è di almeno 12 mq?		
I locali sono asciutti senza manifestazione di umidità ?		
I locali sono dotati dei prescritti rapporti aero-illuminanti (apertura finestrata) non inferiori ad 1/8 ?		
I locali sono dotati di riscaldamento e/o raffrescamento ?		
I locali sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate ?		
I locali garantiscono l'autonomia logistica, strutturale e funzionale rispetto ad altri locali in cui si svolge attività non sanitaria (sala d'aspetto o altri uffici) ?		
E' presente la dichiarazione di conformità degli impianti elettrici ?		
REQUISITI SANITARI - DOTAZIONI	SI	NO
La dotazione minima degli ambienti per la pratica sanitaria della vaccinazione prevede il luogo per l'esecuzione della specifica prestazione che garantisca il rispetto della privacy dell'utente? (area spogliatoio)		
Nelle immediate vicinanze è disponibile un lavabo?		
Gli spazi per attesa, accettazione, attività amministrative, sono differenziati da quelli di percorso in relazione alle misure di sicurezza?		
Lo spazio per l'attesa è dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi?		
I servizi igienici sono distinti per utenti e personale e limitrofi alla sala d'attesa?		
E' presente uno spazio/locale per la refertazione?		
Sono presenti spazi/locali per deposito di materiale pulito separato dallo sporco, attrezzatura e strumentazione?		
Esiste un locale d'attesa dei 15 minuti per l'eventuale reazione avverse al farmaco?		
Esiste il carrello per la gestione dell'emergenza?		

Alla presente scheda viene allegata una planimetria dei locali evidenziante la presenza/assenza di barriere architettoniche

Data _____

Firma _____