



COMUNE DI PADOVA

SETTORE SUAP E ATTIVITA' ECONOMICHE

Via Frà Paolo Sarpi, 2 – 35138 Padova

Comune di Padova
Protocollo generale: ENTRATA

n° _____ del ____/____/____

Classificazione: _____ - 10.1

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL DIRETTORE SANITARIO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____,
specialista in _____,

dichiara di aver assunto la Direzione Sanitaria della struttura _____

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere edotto/a in merito alle proprie responsabilità connesse alla funzione di Direttore Sanitario (art. 5 del D.P.R. 27/03/1969) e che, in particolare, il/la sottoscritto/a, è responsabile:

- a) dell'organizzazione tecnico-funzionale e del buon funzionamento dei servizi;
- b) dell'assegnazione ai singoli servizi del personale sanitario, tecnico e paramedico che deve essere fornito dei titoli indispensabili per l'esercizio delle singole attività professionali;
- c) del regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate nel complesso sanitario;
- d) del rispetto delle norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti da specifiche attività;
- e) del controllo delle attività di supporto ed in particolare di quelle di disinfezione e di sterilizzazione;
- f) della registrazione, trascrizione ed archiviazione dei referti;
- g) delle segnalazioni obbligatorie previste dalle vigenti disposizioni di legge;
- h) della vigilanza sull'applicazione delle vigenti disposizioni in materia di presidi diagnostici, curativi e riabilitativi;
- i) di comunicare ogni variazione dei locali, delle attrezzature e la cessazione del proprio incarico.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

➤ che non sussistono incompatibilità derivanti dalla normativa che disciplina il rapporto di lavoro di un medico quale:

- ◆ medico dipendente dello Stato;
- ◆ medico dipendente della Regione;

- ◆ medico dipendente universitario, ospedaliero o ULSS a tempo pieno;
 - ◆ medico convenzionato specialista ambulatoriale;
- che non sussiste incompatibilità derivante dal ricoprire il ruolo di Direttore Sanitario presso altre strutture, che impedisca la presenza del sottoscritto, presso ciascuna struttura, per almeno la metà dell'orario di apertura al pubblico delle stesse, come previsto dalla D.G.R.V. n° 2501/2004.

Data

Firma

- ◆ ***Allega fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.***

N.B.: Per il Direttore Sanitario la dichiarazione di assunzione di responsabilità comporta la responsabilità durante tutto l'orario dichiarato di apertura della struttura e non soltanto durante l'orario dichiarato di effettiva presenza in loco di detto sanitario. Tale presenza è regolamentata secondo quanto previsto dall'allegato n° 3 del manuale di attuazione: "è presente il Direttore/Responsabile Sanitario dell'organizzazione per almeno la metà dell'orario di apertura al pubblico; le relative funzioni possono essere svolte anche da medico specialista operante nella struttura".