

VERBALE ISPETTIVO	
n.	data

Il giorno dalle ore alle ore i sottoscritti:

	Presidente della Commissione
	Componente per gli aspetti gestionali/organizzativi
	Componente per gli aspetti strutturali/igienico-sanitari
	Componente per gli aspetti impiantistici/sicurezza e protezione
	Componente per gli aspetti clinico/assistenziali
	Segretario/a verbalizzante

componenti della Commissione di Vigilanza sulle Strutture socio assistenziali, socio educative e socio sanitarie, residenziali e semiresidenziali dell'ASL ... costituita ai sensi delle disposizioni regionali vigenti in materia con atto del DG n. del..., hanno effettuato apposito sopralluogo presso _____, nell'esercizio delle funzioni amministrative di vigilanza come regolate dalla D.G.R. n. 7-2645 del 22 dicembre 2020 e s.m.i..

PREMESSA

Tipo di attività

☐ VERIFICA ISPETTIVA ORDINARIA

☐ VERIFICA ISPETTIVA STRAORDINARIA

Motivazione del sopralluogo: _____

☐ VERIFICA ISPETTIVA AUTORIZZATIVA

☐ ALTRO _____

Data del precedente sopralluogo della Commissione: ____/____/____

OTTEMPERANZA PRESCRIZIONI PRECEDENTE SOPRALLUOGO

<i>prescrizione</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>Altro</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osservazioni:			

Al sopralluogo sono presenti per la struttura:

<i>nome cognome</i>	<i>qualifica</i>

Si riassumono, di seguito, le risultanze del sopralluogo.

GENERALITA' DEL PRESIDIO

Denominazione			
indirizzo			n.
Comune		CAP	
Email/PEC		tel	
Proprietario della struttura			

AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO

provvedimento	tipologia	numero posti

Rilasciata a:

Ente/Società			
Sede legale			n.
Comune		CAP	
Natura giuridica			
Legale Rappresentante			
Luogo e data di nascita			

ACCREDITAMENTO

provvedimento	tipologia	numero posti

SITUAZIONE OSPITI

Numero totale ospiti presenti:

n. ospiti in convenzione col SSR	n. ospiti privati	Intensità assistenziali		
Osservazioni				

**DOCUMENTAZIONE TECNICA, REQUISITI STRUTTURALI E IGIENICO-SANITARI
VALUTATI E EVENTUALI RILIEVI**

REQUISITI GESTIONALI/ORGANIZZATIVI VALUTATI E EVENTUALI RILIEVI

REQUISITI CLINICO-ASSISTENZIALI VALUTATI E EVENTUALI RILIEVI

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

La documentazione richiesta dovrà essere trasmessa alla Commissione di Vigilanza entro
____giorni dal ricevimento del presente verbale.

ULTERIORI OSSERVAZIONI

**DICHIARAZIONI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL SOGGETTO GESTORE O
SUO INCARICATO**

CONCLUSIONI

**la Commissione, sulla base della documentazione esaminata e degli esiti del
sopralluogo effettuato, formula le seguenti conclusioni:**

- Richiesta di ottemperanza immediata alle seguenti prescrizioni:

- Richiesta di ottemperanza alle seguenti prescrizioni:

Alle prescrizioni si dovrà ottemperare entro e non oltre _ giorni dalla data di notifica del presente verbale.

L'avvenuta ottemperanza alle prescrizioni dovrà essere comprovata mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ex art 47 del d.p.r. 445/2000, da far pervenire a questa commissione nei 10 giorni successivi.

Decorso infruttuosamente il termine di cui sopra, questa commissione potrà avviare il procedimento di sanzione, sospensione, revoca dell'autorizzazione al funzionamento della struttura, nonché assumere tutti i necessari provvedimenti di competenza a tutela dell'igiene e sicurezza dell'attività e dei livelli assistenziali forniti agli ospiti.

Il presente verbale viene chiuso alle ore ...

Luogo e data

I COMPONENTI DELLA COMMISSIONE E IL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL SOGGETTO GESTORE (o suo incaricato)¹

<i>Nome</i>	<i>Firma</i>

¹ Nel caso in cui il gestore non voglia sottoscrivere il verbale, annotare il relativo rifiuto in corrispondenza del nome.