

FAC-SIMILE DI DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE A RISONANZA MAGNETICA TOTAL BODY DEL GRUPPO A (INTENSITÀ DI CAMPO MAGNETICO STATICO MINORE O UGUALE A 4,0 T) PER USO DIAGNOSTICO FISSE.

Spett.le Direzione Generale per la Tutela
della Salute e il Coordinamento del S.S.R.

Regione Campania
Centro Direzionale Is. C3
80143 NAPOLI

pec: dg04.accreditamento@pec.regione.campania.it

Spett.le A.S.L. competente per territorio
c/o Direzione Generale

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURA A RISONANZA MAGNETICA DEL GRUPPO A (INTENSITÀ DI CAMPO MAGNETICO STATICO MINORE O UGUALE A 4,0 T) PER USO DIAGNOSTICO FISSA.

In ottemperanza a quanto previsto dal D.P.R. n. 542 del 08/08/94 e ss.mm.ii., il sottoscritto.....Legale Rappresentante della struttura sanitaria.....con sede legale in.....alla via.....e sede operativa in.....alla via....., P.IVArichiede alla S.V. l'autorizzazione all'installazione di un'apparecchiatura a Risonanza Magnetica del gruppo A (intensità di campo magnetico statico minore o uguale a 4,0 T) per uso diagnostico fissa.

A tal uopo, dichiara

- che la struttura..... è titolare di autorizzazione comunale all'esercizio per la branca di *Diagnostica per immagini: Radiodiagnostica* n..... del..... rilasciata da.....;
- che, in caso di accoglimento della predetta istanza, l'installazione della RM Total Body sarà garantita entro 18 mesi dal rilascio del provvedimento di autorizzazione all'installazione, pena la decadenza della stessa.

☐ (Per le sole Strutture private accreditate)

☐ Dichiara di essere consapevole che il rilascio dell'autorizzazione all'installazione e la relativa messa in esercizio di apparecchiatura RM non costituisce, di per sé, motivo per un incremento del limite di spesa annuale per la *Branca della Diagnostica per immagini: Radiodiagnostica* in regime ambulatoriale.

☐ Dichiara, altresì, che l'impianto da realizzare risulterà conforme ai requisiti di sicurezza previsti dall'allegato al D.M. 14/01/2021.

Lo scrivente, a tale scopo, allega la seguente documentazione:

1) Moduli schede raccolta dati: A1 – B – C.

2) Certificazione di dotazione presso la struttura richiedente di un'apparecchiatura di tomografia computerizzata, di un'apparecchiatura di radiologia convenzionale e di un ecografo, ai sensi dell'allegato al D.M. 14/01/2021.

Con osservanza lì

Il Legale Rappresentante