

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, **IN SOSTITUZIONE DI RM SETTORIALE**.

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 SOSTITUZIONE DI RM SETTORIALE**.

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.IVA .....richiede 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 **IN SOSTITUZIONE DI APPARECCHIATURA SETTORIALE**.

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 la Struttura privata è accreditata con Il SSR in virtù del seguente provvedimento .....

che intende sostituire l'apparecchiatura settoriale mod. .... già installata e in esercizio da almeno 12 mesi con apparecchiatura.....;

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;

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.

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

Lo scrivente 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.

3) collaudo RM settoriale e comunicazione INAIL (in alternativa, è possibile produrre altra documentazione attestante avvenuta installazione della Risonanza magnetica settoriale);

4) flusso NSIS per prestazioni erogate con apparecchiatura settoriale dalla data di installazione

Con osservanza lì .....

Il Legale Rappresentante

---