

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

**DAY HOSPITAL OSPEDALIERO**

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**0 DAY HOSPITAL OSPEDALIERO**

DHO.AU.0.1	L'accesso al DHO avviene secondo le modalità previste		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DHO.AU.0.2	Sono stati correttamente individuati il Responsabile del DHO e le sue funzioni		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	