



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

STABILIMENTI TERMALI					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>1</b> STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI					
CURTERMAU.1.1	Gli stabilimenti termali in aggiunta ai requisiti minimi, strutturali, impiantistici, organizzativi e tecnologici, generali e specifici previsti per gli ambulatori (specialistici) sono in possesso di:				
CURTERMAU.1.1.1	Concessione mineraria o sub concessione o altro titolo giuridicamente valido per l'utilizzazione delle acque minerali secondo le competenze regionali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					
CURTERMAU.1.2	Riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque ai sensi dell'art.3 comma 1 lett. B) della L. 323/2000. Per l'aziende termali autorizzate prima dell'entrata in vigore della L 833/1978 il nulla osta rilasciato dal Min. Sanità in base all'art. 16 RD 1924/19 tiene luogo del riconoscimento di cui art. 6 lett. T) della anzi detta legge.				
Termine di adeguamento: {mesi}			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERM.XX.1.3	<b>Prestazioni di balneo-fangoterapia</b>				Erogabili attraverso 3 distinte modalità di cura: 1) Fanghi e bagni terapeutici; 2) Fanghi e docce c.d. di annetamento; 3) Bagni terapeutici
CURTERMAU.1.3.1	Le prestazioni sono effettuate in camerini singoli				
Termine di adeguamento: {mesi}			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Tabella 1 pag. 25 “Formula per la determinazione del fabbisogno stagionale di fango maturo”

Tabella 2 pag. 26 “Formula per la determinazione del numero di curandi contemporaneamente presenti negli spazi di cura nei periodi di massima punta”

Tabella 3 pag. 27 “Autocertificazione”

STABILIMENTI TERMALI					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>1</b> STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI					
CURTERMAU.1.3.2	I camerini per fangoterapia hanno:				
CURTERMAU.1.3.2.1	- un lettino rigido per l'applicazione del fango		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mes}					
CURTERMAU.1.3.2.2	- una vasca con doccia per il successivo bagno termale e la pulizia del corpo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mes}					
CURTERMAU.1.3.2.3	- una dimensione adeguata		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altezza non inferiore a 2,70 metri
Termine di adeguamento: {mes}					
CURTERMAU.1.3.2.4	- una perfetta e razionale ventilazione (naturale diretta o attraverso il ricorso ad una ventilazione forzata secondo le norme UNI 10339)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nell'ipotesi in cui le acque termali utilizzate sviluppino vapore, dovrà essere curato un continuo ricambio di aria nell'ambiente, sia attraverso idonee aerture ben ubicate, sia con specifici impianti
Termine di adeguamento: {mes}					

## STABILIMENTI TERMALI

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

## 1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI

CURTERMAU.1.3.3	La vasca da bagno dei camerini per fangoterapia:				
CURTERMAU.1.3.3.1	- E' conformata e costruita in modo da permettere l' entrata e l' uscita agevole in condizioni di sicurezza  Termine di adeguamento: [mesi]		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.1.3.3.2	- ha una capacità adeguata tale da consentire agevolmente la cosiddetta "immersione totale" del curando  Termine di adeguamento: [mesi]		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	litri 500-800
CURTERMAU.1.3.3.3	- poggia contro una sola delle pareti o contro due con sistemazione ad angolo  Termine di adeguamento: [mesi]		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ove necessitano cure durante l'immersione avrà 3 bordi liberi
CURTERMAU.1.3.3.4	- è provvista di corrimano  Termine di adeguamento: [mesi]		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.1.3.3.5	- è provvista di gradini non sdrucciolevoli  Termine di adeguamento: [mesi]		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

STABILIMENTI TERMALI					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica volontari	Note
<b>1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI</b>					
CURTERMAU.1.3.3.6	- è provvista di segnale di chiamata		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
CURTERMAU.1.3.3.7	- è costruita con materiale che permette una buona pulizia ed una facile disinfezione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
CURTERMAU.1.3.4	Il pavimento dei camerini:				
CURTERMAU.1.3.4.1	- è impermeabile, lavabile, resistente all'usura antisdrucciolevole, resistente agli agenti chimici, ha colori resistenti ed innocui e privi di odori sgradevoli		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
CURTERMAU.1.3.4.2	Le pareti sono:				di altezza non inferiore di 1,80 m
Termine di adeguamento: (mesi)					
CURTERMAU.1.3.4.3	- rivestite in materiale liscio lavabile		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	fino ad un'altezza di 1,80 metri
Termine di adeguamento: (mesi)					

**STABILIMENTI TERMALI**

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

**1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI**

CURTERMAU.1.3.5 Termine di adeguamento: (mesi)	Esiste nella porta del camerino un oblò o finestra con resistenza anticondensa		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In alternativa la porta può essere tenuta aperta durante la fangatura purchè l'ambiente sia ben riscaldato e privo di correnti d'aria
CURTERMAU.1.3.6 Termine di adeguamento: (mesi)	Esiste una ventilazione (naturale diretta o attraverso il ricorso ad una ventilazione forzata secondo le norme UNI 10339) dei camerini nonché degli altri ambienti contigui al reparto cure.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.1.3.7 Termine di adeguamento: (mesi)	Il lettino per l'applicazione del fango ha un sistema di chiamata		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.1.3.8 Termine di adeguamento: (mesi)	Esiste almeno un camerino attrezzato per i portatori di handicap		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.1.3.9 Termine di adeguamento: (mesi)	Esiste un rapporto 10 a 1 tra camere e numero dei camerini per fangoterapia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	requisito applicabile ai soli alberghi-stabilimenti termali

**STABILIMENTI TERMALI**

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

**1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI**

CURTERMALI.1.3.10  Termine di adeguamento: (mes)	Esistono attrezzature naturali (fangaie) o artificiali (vasche o cisteme) per la maturazione del fango, di dimensioni adeguate a soddisfare il fabbisogno stagionale dell'azienda		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nel caso di fangaie la recinzione formata da 3 correntini mobili di cui il più alto a distanza non inferiore di cm 90 dal piano di calpestio e il primo a distanza tale da evitare lo scivolamento di persona. Il fabbisogno stagionale è calcolato: per gli stabilimenti termali secondo la tabella 1 *, per gli alberghi - stabilimenti termali nella quantità di 1 mc a camera
CURTERMALI.1.3.11  Termine di adeguamento: (mes)	E' impedito l'accesso al più ristretto corridoio che separa 2 vasche contigue.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMALI.1.3.12  Termine di adeguamento: (mes)	I lavoratori sono muniti di apposita apparecchiatura di sicurezza		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Funne di sostegno con cintura di sicurezza agganciata con un moschettone ad una rotaia posta ad altezza della tettoia sovrastante la vasca od in mancanza di tettoia ad un'altezza non inferiore a m. 2,50
CURTERMALI.1.3.13  Termine di adeguamento: (mes)	L'area delle vasche di maturazione e di rigenerazione è provvista di recinzione idonea ad impedire l'occasionale ingresso degli estranei		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**STABILIMENTI TERMALI**

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

**1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI**

CURTERMAU.1.3.14 All'interno della struttura è garantita la possibilità della reazione dopo il ciclo di fanghi e bagni terapeutici o fanghi e docce c.d. annessamento.

Termine di adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERM.XX.1.4

**Irrigazioni vaginali**

CURTERMAU.1.4.1 Le prestazioni sono effettuate in camerini singoli

Termine di adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERM.XX.1.5

**Vasculopatie periferiche**

CURTERMAU.1.5.1 Esiste un percorso vascolare o vasca singola specifica con operatore

Termine di adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERM.XX.1.6

**Terapie inalatorie**

**STABILIMENTI TERMALI**

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

**1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI**

CURTERMAU.1.5.1 Termine di adeguamento: (mesi)	Esiste negli ambienti di cura una costante normalizzazione dell'aria, attraverso idonei sistemi di ricambio e/o deumidificazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.1.5.2 Termine di adeguamento: (mesi)	Esiste una adeguata cubatura negli ambienti di cura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	almeno 5,50 mc per punto di cura individuale e 4,5 mc per cure collettive
CURTERMAU.1.5.3 Termine di adeguamento: (mesi)	Negli ambienti destinati alle cure collettive esistono degli appositi cartelli che indichino la capacità massima	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAX.1.7	<b>Terapia idropinica</b>			
CURTERMAU.1.7.1 Termine di adeguamento: (mesi)	Esiste un adeguato numero di servizi igienici con wc ed orinatoi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Il numero adeguato è determinato convenzionalmente alla stregua della formula di cui alla tabella 2 * comunque di almeno un servizio per 55 curandi e di un servizio per 30 curandi in quei stabilimenti che utilizzano acque a prevalente effetto catarattico



STABILIMENTI TERMALI					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>1</b> STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI					
CURTERM.XX.1.8 <b>Ciclo della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso</b>					
CURTERMAU.1.8.1	Esiste un gabinetto di radiologia interno o convenzionato		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					
CURTERMAU.1.8.2	Esiste un laboratorio di diagnostica chimico-clinica interno o convenzionato		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					
CURTERMAU.1.8.3	Esiste un gabinetto di elettrofisiologia attrezzato anche per esami elettromiografici interno o convenzionato		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					
CURTERMAU.1.8.4	Esiste un reparto di fangobalneoterapia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					
CURTERMAU.1.8.5	Esiste una piscina termale attrezzata per riabilitazione in acqua, dotata di idonei meccanismi che ne consentono l'utilizzazione anche ai disabili		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					

STABILIMENTI TERMALI					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI</b>					
CURTERMAU.1.8.6	Esiste una palestra idoneamente attrezzata per la riabilitazione neuromotoria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					
CURTERMAU.1.8.7	Esistono locali attrezzati per l'esecuzione dei seguenti trattamenti:				
CURTERMAU.1.8.7.1	- massoterapia;		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					
CURTERMAU.1.8.7.2	- elettroterapia (galvanica, faradica, interferenziale, diadamica, ionoforesi, elettrostimolazione esponenziali);		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					
CURTERMAU.1.8.7.3	- termoterapia;		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					
CURTERMAU.1.8.7.4	- fototerapia (ultravioletti, infrarossi);		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					

**STABILIMENTI TERMALI**

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			

**1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI**

CURTERMAU.1.8.7.5	- sonoterapia (ultrasuoni);  Termine di adeguamento: {mesi}		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.1.8.7.6	- laserterapia  Termine di adeguamento: {mesi}		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.1.8.7.7	- magnetoterapia  Termine di adeguamento: {mesi}		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.1.8.7.8	- trazioni e manipolazioni vertebrali  Termine di adeguamento: {mesi}		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERM.XX.1.9	<b>Ciclo della riabilitazione della funzione respiratoria</b>				
CURTERMAU.1.9.1	Esiste un ambulatorio di diagnostica funzionale polmonare attrezzato per eseguire esami spirometrici di base (CV, VC, VRE, VRI, VEMS, VMM, CVF, PFE, indice di Tiffeneau, frequenza respiratoria); esami spirometrici di base + curva flusso-volume; ossimetri		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**STABILIMENTI TERMALI**

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			

**1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI**

CURTERMALI.1.3.2	Esiste palestra per chinesiterapia respiratoria collettiva		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mes}					
CURTERMALI.1.3.3	Esiste box per chinesiterapia respiratoria singola e per drenaggio posturale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mes}					

CURTERMALI.1.10

**Grotte**

CURTERMALI.1.10.1	La temperatura è mantenuta sotto i 45°C		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mes}					
CURTERMALI.1.10.2	Esiste all'interno delle grotte un segnale di chiamata		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mes}					
CURTERMALI.1.10.3	La porta di ingresso delle grotte caldo-umide è munita di vetro anticondensa		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mes}					

STABILIMENTI TERMALI					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>1 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI STRUTTURALI</b>					
CURTERMAU.1.10.4	All'interno delle grotte è installato un idoneo impianto di illuminazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
<b>2 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI TECNOLOGICI</b>					
CURTERMAU.2.1	Devono essere presenti nell'Azienda termale le seguenti attrezzature e farmaci di pronto soccorso:				
CURTERMAU.2.1.1	- un sfigmomanometro		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
CURTERMAU.2.1.2	- un apparecchio manuale di rianimazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
CURTERMAU.2.1.3	- una bombola di ossigeno completa di manometro e di riduttore		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					

STABILIMENTI TERMALI					
Codice	N° progettuale requisito AU o AC / N° progettuale requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>2 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI TECNOLOGICI</b>					
DURTERMAU.2.1.4	- siringhe di plastica monouso e laccio emostatico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
DURTERMAU.2.1.5	- aghi, filo e pinza per sutura		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
DURTERMAU.2.1.6	- farmaci: analetici e cardiotonici, antispastici e sedativi, cortisone per uso endovenoso, emostatici per applicazioni topiche e per uso parenterale, ipotensivi e coronodilatatori, antiallergici, antistaminici broncodilatatori		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
DURTERMAU.2.1.7	- elettrocardiografo e defibrillatore semi-automatico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
DURTERMAU.2.2	In ogni camerino cura vi è un termometro della misurazione della temperatura del fango e una sveglia marca tempo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
DURTERMAXX.2.3	<b>Irrigazioni vaginali</b>				

**STABILIMENTI TERMALI**

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			

**2 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI TECNOLOGICI**

CURTERM.AU.2.3.1	Esiste per ogni ambiente un apparecchio che utilizzi acqua fiuente e garantisca la regolazione della temperatura della pressione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					

CURTERM.XX.2.4  
**Cicli di cura della sordità rinogena**

CURTERM.AU.2.4.1	Nell'azienda termale è disponibile:				
------------------	-------------------------------------	--	--	--	--

CURTERM.AU.2.4.1.1	- cabina silente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					

CURTERM.AU.2.4.1.2	- audiometro		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					

CURTERM.AU.2.4.1.3	- impedenziometro		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					

**STABILIMENTI TERMALI**

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

**2 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI TECNOLOGICI**

CURTERM.AU.2.4.1.4 - attrezzature ambulatoriali per la diagnostica ORL

Termine di  
adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERM.AU.2.4.1.5 - dotazioni ambientali e strumentali per l'effettuazione delle insufflazioni endotimpaniche e delle cure inalatorie

Termine di  
adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERM.XX.2.5

**Vasculopatie periferiche**

CURTERM.AU.2.5.1 Per l'esecuzione della vasculopatie periferiche è necessario:

CURTERM.AU.2.5.1.1 - elettrocardiografo

Termine di  
adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERM.AU.2.5.1.2 - doppler

Termine di  
adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO



**STABILIMENTI TERMALI**

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			

**2 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI TECNOLOGICI**

CURTERM.XL2.E

**Ciclo della riabilitazione della funzione  
respiratoria**

CURTERMAU.2.6.1 Nell'azienda sono presenti le seguenti attrezzature diagnostiche:

CURTERMAU.2.6.1.1 - attrezzature radiologiche di base per lo studio del torace, anche  
in convenzione con un gabinetto di radiologia esternoTermine di  
adeguamento:  
{mes}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERMAU.2.6.1.2 - attrezzatura per esami chimico-clinici di base, per ricerche  
allergologiche complete per via percutanea e per eventuali  
provocazioni specifiche degli organi bersaglio, anche in  
convenzione con un laboratorio esternoTermine di  
adeguamento:  
{mes}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERMAU.2.6.2 Nell'azienda sono presenti le seguenti attrezzature terapeutiche:

CURTERMAU.2.6.2.1 - apparecchi per la crenoterapia inalatoria singola e/o collettiva  
(aerosol, humages, inalazioni, nebulizzazioni)Termine di  
adeguamento:  
{mes}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

**STABILIMENTI TERMALI**

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

**2 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI TECNOLOGICI**

CURTERMAU.2.6.2.2 - apparecchi per ventilazione meccanica assistita a pressione positiva intermittente

Termine di adeguamento:  
(mesi)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

**3 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

CURTERMAU.3.0 Nello stabilimento termale opera una direzione sanitaria affidata a un medico nel rispetto degli articoli 33, 34, 36 e 37 della deliberazione del consiglio regionale 31/07/2003 n° 34.

Termine di adeguamento:  
(mesi)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

Modifiche del provvedimento del consiglio regionale n° 1111 del 23/04/1980 relative alle norme di attuazione del piano di utilizzazione delle risorse termali (P.U.R.T.)

N.B.  
Autocertificazione come da facsimile tabella 3 \*

CURTERMAU.3.1 Esiste la disponibilità di un medico responsabile delle attività sanitarie svolte nello stabilimento, ove di tale compito non si occupi personalmente il direttore sanitario; il cui nominativo, nel rispetto dell'art. 34 secondo comma della deliberazione del consiglio regionale 31/07/2003 n°34, sia stato comunicato all'ULSS di competenza.

Termine di adeguamento:  
(mesi)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERMAU.3.2 E' presente un medico per tutto l'orario giornaliero di apertura dei reparti termali, ovvero vi è garanzia di pronta assistenza medica per tutto l'orario giornaliero di apertura degli stessi reparti, assicurata attraverso un servizio di guardia medica privata

Termine di adeguamento:  
(mesi)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

**STABILIMENTI TERMALI**

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

**3 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

CURTERMAU.3.3	E' presente per tutto l'orario giornaliero di apertura dei reparti termali personale formato al primo trattamento di eventuali urgenze, compreso l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
CURTERMAU.3.4	Esiste una cartella clinico-sanitaria per ogni paziente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	La cartella clinico-sanitaria riporta: generalità del curando, la diagnosi, il tipo di cura prescritto, la quantità delle prestazioni prescritte ed erogate e le modalità di somministrazione delle stesse, nonché un quadro finale sugli effetti delle cure praticate
Termine di adeguamento: (mesi)					
CURTERMAU.3.5	I curandi sono sottoposti a visita medica prima di qualsiasi ciclo di cura		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)					
CURTERMAU.3.5.1	Ad esclusione delle terapie inalatorie e del ciclo della sordità rinogena si utilizzano esclusivamente acque per le quali lo stabilimento termale è in possesso dei titoli		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	L'acqua deve pervenire direttamente dalla sorgente tramite idonea adduzione che ne garantisca il mantenimento delle caratteristiche chimico fisiche
Termine di adeguamento: (mesi)					

CURTERM.XX.3.6

**Prestazioni di balneo-fangoterapia**

STABILIMENTI TERMALI					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>3 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>					
CURTERMAU.3.5.1 Termine di adeguamento: (mesi)	Il reparto di cure dispone di un numero di addetti all'assistenza dei curandi, tale che sia in servizio almeno un addetto ogni otto curandi in trattamento contemporaneo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	La valutazione del rapporto è effettuata alla stregua del numero di pazienti trattati nell'anno precedente
CURTERMAU.3.5.2 Termine di adeguamento: (mesi)	La fangoterapia è effettuata esclusivamente con fango maturato in loco		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nell'ambito dello stabilimento e comunque nell'ambito della singola Azienda termale, nelle acque minerali di cui agli specifici titoli amministrativi
CURTERMAU.3.5.3 Termine di adeguamento: (mesi)	Lo spessore del fango in maturazione nella fangaia è inferiore a metri 1.50		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Salvo che l'ossigenazione degli strati non sia assicurata da idoneo impianto di rimescolamento
CURTERMAU.3.5.4 Termine di adeguamento: (mesi)	Il fango da rigenerare è allocato in vasche separate		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CURTERMAU.3.5.5 Termine di adeguamento: (mesi)	Il personale addetto alla fangoterapia è in possesso di attestato ufficialmente riconosciuto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Il corso deve essere riconosciuto a livello nazionale o regionale
CURTERMAU.3.5.6 Termine di adeguamento: (mesi)	Esiste procedura atta a verificare che la fangoterapia non venga svolta prima di 5 ore dalla ingestione dell'ultimo pasto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**STABILIMENTI TERMALI**

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

**3 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

CURTERMAU.3.6.7	Esiste procedura atta a verificare che il bagno successivo relativo ai cicli di cura della fangoterapia e balneoterapia ossia durata di norma di 15 min		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					

CURTERM.XX.3.7

**Irrigazioni vaginali**

CURTERMAU.3.7.1	Le irrigazioni vaginali sono eseguite da un'ostetrica o da un infermiere sotto la responsabilità di un medico specialista in ostetricia e ginecologia, o in una delle discipline equipollenti, o in idrologia medica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: {mesi}					

CURTERM.XX.3.8

**Cicli di cura della sordità rinogena**

CURTERMAU.3.8.1	Le insufflazioni endotimpatiche (da praticare mediante cateterismo tubarico) e/o il politzer crenoterapico secondo Silimbanì è effettuato direttamente da un medico adeguato		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Per medico adeguato s'intende medico specializzato in ORL o discipline equipollenti, in audiologia o in idrologia medica o in possesso di specifica esperienza documentata
Termine di adeguamento: {mesi}					

**STABILIMENTI TERMALI**

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				

**3 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

CURTERM.AU.3.8.2	Le acque minerali di provenienza esterna sono parimenti riconoscibili e confezionate in contenitori di vetro monouso della capacità di un litro e utilizzate in associazione con le acque interne, purché l'uso di queste ultime sia prevalente.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)						

CURTERM.XX.3.9

**Vasculopatie periferiche**

CURTERM.AU.3.9.1	I cicli di cura delle vasculopatie periferiche sono effettuate sotto la responsabilità di medici specialistici in cardiologia o discipline equipollenti o in angiologia o discipline equipollenti o in idrologia medica			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)						

CURTERM.AU.3.9.2	Esiste un laboratorio di analisi interno o convenzionato con l'azienda termale			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)						

CURTERM.XX.3.10

**Terapie inalatorie**

CURTERM.AU.3.10.1	Le acque minerali di provenienza esterna sono parimenti riconoscibili e confezionate in contenitori di vetro monouso della capacità di un litro e utilizzate in associazione con le acque interne, purché l'uso di queste ultime sia prevalente.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)						

**STABILIMENTI TERMALI**

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			

**3 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

CURTERM.XX.3.11

**Ciclo della riabilitazione neuromotoria e della  
rieducazione funzionale del motuleso**

CURTERMAU.3.11.1

Sono presenti le seguenti figure professionali regolarmente in possesso dello specifico titolo di studio:

CURTERMAU.3.11.2

- medico specialista in recupero e rieducazione funzionale di motulesi e neurolesi o in ortopedia o discipline equipollenti o affini

Termine di  
adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERMAU.3.11.3

- terapisti della riabilitazione

Termine di  
adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERMAU.3.11.4

- massofisoterapisti

Termine di  
adeguamento:  
{mesi}

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

CURTERM.XX.3.12

**Ciclo della riabilitazione della funzione  
respiratoria**

**STABILIMENTI TERMALI**

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			

**3 STABILIMENTI TERMALI - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

OURTERMAU.3.12.1 Sono presenti le seguenti figure professionali regolarmente in possesso dello specifico titolo di studio:

OURTERMAU.3.12.1.1 - medico specialista in pneumologia o discipline equipollenti o affini, o in fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria, o in recupero e riabilitazione funzionale o in discipline equipollenti o affini

Termine di adeguamento:  
[mesi]

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

OURTERMAU.3.12.1.2 - terapisti della riabilitazione

Termine di adeguamento:  
[mesi]

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

OURTERMAU.3.12.2 E' predisposta una procedura che consenta una attenta sorveglianza dei curandi da parte del personale addetto

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO



**TABELLA 1****Formula per la determinazione del fabbisogno stagionale di fango maturo.**

*Maturazione del Fango:*

Fangaia superficie mq.....(a)                      profondità m.....(b); capacità di produzione fango maturo in mc (a x b).

Per la determinazione del fabbisogno stagionale di fango maturo in mc (Fbs<sup>3</sup>) si utilizzano i seguenti indici di calcolo:

- a) peso specifico del fango: 2000 Kg/mc;
- b) quantitativo medio per la prestazione: 10 Kg, pari a mc 0,005;
- c) periodo stagionale medio di apertura dello stabilimento: 100 giorni;
- d) prestazioni giornaliere effettuabili in modulo unico (camerino: fango + reazione): n. 6;
- e) prestazioni giornaliere effettuabili in modulo doppio (camerino fango + camerino reazione): n. 10.

Essendo Nc il numero di camerini dello stabilimento interessato si avrà quindi:

- relativamente agli stabilimenti a modulo unico:

$$Fbs^3 = 0,005 \times 100 \times 6 \times Nc = mc 3,00 \times Nc;$$

- relativamente agli stabilimenti a modulo doppio:

$$Fbs^3 = 0,005 \times 100 \times 10 \times Nc = mc 5,00 \times Nc;$$

**TABELLA 2****Formula per la determinazione del numero dei curandi contemporaneamente presenti negli spazi di cura nei periodi di massima punta**

Per la determinazione dei curandi contemporaneamente presenti (P) negli spazi di cura nei periodi c.d. di massima punta, si assumono:

a) il numero delle cure idropiniche erogate nel corso dei mesi di luglio, agosto e settembre come pari al 45% del complesso stagionale;

b) come pari a 90 il numero dei giorni di cura dei mesi di luglio, agosto e settembre.

Essendo T la media delle cure idropiniche erogate dallo stabilimento interessato nel corso del triennio precedente l'anno solare di applicazione del presente atto, si avrà:

$$P = T \times 45/100 : 90 = T \times 45/100 \times 90 = T/100 \times 2 = T / 200$$

Ottenuto così il numero complessivo delle presenze relative a ciascun giorno dei mesi di luglio, agosto e settembre, si assume che il numero dei curandi contemporaneamente presenti negli spazi di cura durante gli stessi giorni sia pari al 60% del totale; risulterà quindi:

$$P = T/200 \times 0,6$$

**TABELLA 3**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto Dr. .... ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,  
**dichiara**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o produzione di atti falsi, di essere:

1. nato a .....prov. ....il.....e di risiedere a .....prov..... via .....n.....  
 codice fiscale.....
2. laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di ..... in data.....
3. iscritto all'Ordine dei Medici. della provincia di .....al n..... e di essere stato proposto quale Direttore Sanitario da parte dell'azienda termale  
 denominata.....con sede in.....prov.....via ..... n.....

**di avere**

- conseguito la specializzazione di .....presso l'Università di..... in data.....
- operato per cinque anni continuativi come medico termalista coadiutore ai sensi dell'art. 33 del P.C.R. 21.09.1990, n. 1044 con dichiarazioni già acquisite dall'Ulss di  
 .....

AI FINI DELLA VALUTAZIONE della sua posizione lavorativa circa le incompatibilità DICHIARA di svolgere le seguenti attività:

- DIPENDENTE:** presso .....
- con rapporto di lavoro a tempo pieno .....
  - con rapporto di lavoro a tempo parziale .....
  - se parziale quante ore .....
- CONVENZIONATO:** presso l'Azienda ULSS .....
- con ATTIVITA' di:
- medico di medicina generale (ore impegnate come Direttore Sanitario) .....
  - medico in continuità assistenziale .....
  - medico specialista ambulatoriale interno .....
  - altro (specificare nel dettaglio) .....
- Medico preaccreditato/accreditato oppure operante presso struttura preaccreditata/accreditata ai sensi della L.R. n. 22/2002 .....

- (1)  Direttore Sanitario presso stabilimento termale .....camere n.....  
 .....camere n.....  
 .....camere n.....

(1)  Medico Termalista coadiutore presso stabilimento termale .....

In ordine alle dichiarazioni sopra rese ed alle responsabilità assunte, il sottoscritto si impegna a dare immediata comunicazione all'Azienda Ulss competente per territorio ed agli Uffici regionali competenti relativamente ad ogni variazione intervenuta sullo status sopra dichiarato.

Allega alla presente:

- 1) fotocopia semplice di un documento di identità in corso di validità;
- 2) altra documentazione utile all'istruttoria

Il sottoscritto Dr....., in relazione ai dati riportati, DICHIARA di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA.....

Firma .....

(1) il numero complessivo di strutture presso le quali opera non può essere superiore a tre