

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 COORD. DEL S.S.R.
REGIONE CAMPANIA
CENTRO DIREZIONALE IS. C3
80143 NAPOLI
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 s.m.i. 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.

A tale scopo 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.

DICHIARA CHE L'IMPIANTO DA REALIZZARE RISULTERÀ CONFORME AI REQUISITI DI SICUREZZA PREVISTI DALL'ALLEGATO AL D.M. 14/01/2021.

Con osservanza
Il Legale Rappresentante

li