

**Scheda di controllo**  
**Requisiti minimi per lo studio e l'ambulatorio veterinario**

Denominazione struttura \_\_\_\_\_  
 Sede – Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 (se già in attività) Autorizzazione N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Nominativo del Direttore Sanitario \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_  
 al n° \_\_\_\_\_

**La struttura insiste su unità edilizie separate da locali od impianti aventi finalità commerciali, artigianali od allevatoriali:**

**SI**

**NO**

**Requisiti strutturali**

<b>Sala d'attesa</b>	si	no
▪ risulta avere superficie superiore od uguale a 9 mq. (*)	si	no
▪ è dotata di illuminazione naturale con rapporto illuminante superiore od uguale a 1/8 (*)	si	no
▪ è dotata di aerazione naturale con un rapporto aerante superiore od uguale a 1/8 (*)	si	no
▪ il pavimento è rivestito di materiale facilmente lavabile e disinfettabile	si	no
<b>Area per adempimenti amministrativi</b>	si	no
<b>Sala per l'esecuzione delle prestazioni</b>	si	no
▪ risulta avere superficie superiore od uguale a 12 mq. (*)	si	no
▪ risulta avere un'altezza superiore od uguale a mt. 2,70 (*)	si	no
▪ è dotata di illuminazione naturale con rapporto illuminante superiore od uguale a 1/8 (*)	si	no
▪ è dotata di aerazione naturale con un rapporto aerante superiore od uguale a 1/8 (*)	si	no
▪ il pavimento e le pareti, per un'altezza almeno di mt. 2, sono rivestiti con materiale impermeabile e facilmente lavabile e disinfettabile (*)	si	no
▪ è presente un lavandino con erogazione di acqua calda e fredda (*)	si	no
<b>Spazi ed armadi per il deposito materiali d'uso</b>	si	no
<b>Spazi ed armadi per il deposito di farmaci</b>	si	no
<b>Spazi ed armadi per il deposito di attrezzature e strumentazioni</b>	si	no
<b>Servizi igienici</b>	si	no
▪ è presente un servizio igienico destinato all'utenza(*)	si	no
▪ questo comunica con la sala d'attesa tramite antibagno od altro disimpegno(*)	si	no
▪ le dimensioni del servizio igienico ed il tipo di apparecchi sanitari sono adatti a consentire le manovre e l'utilizzo anche a persone su sedie a ruote(*)	si	no

Note: \_\_\_\_\_

**Requisiti minimi tecnologici**

La struttura dispone di attrezzature e presidi medico-chirurgici in relazione alla specifica attività svolta	si	no
--	----	----

Note: \_\_\_\_\_

**Requisiti minimi organizzativi**

L'orario e le modalità di accesso alla struttura è affisso	si	no
Il direttore sanitario è chiaramente identificato e comunicato all'utenza	si	no

Note: \_\_\_\_\_

**Motivo della verifica:**  rilascio parere per rilascio autorizzazione  verifica mantenimento requisiti

Data verifica \_\_\_\_\_

Il Titolare dell'Impianto

Il Veterinario Ufficiale  
*(timbro e firma)*