



A.re.A Marche - Manuale Operatore Titolare - Gestione domanda

Si fa login accedendo con l'utente Operatore Titolare (cliccando su Accedi come Operatore di un titolare) e in particolare si seleziona Ospedale Poliedrico.

Creazione domanda

Nel menu a sinistra si fa click su Inserimento nuova domanda:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accredimento Admin Admin

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

FASCICOLO DEL TITOLARE: OSPEDALE POLIEDRICO

Elenco Fascicoli Pag 1 di 1

Stato/Procedimento: ---scegli lo stato--- ---seleziona procedimento---

Data creazione da: [] a []

Data invio domanda da: [] a []

Data conclusione da: [] a []

Tipo	Numero Procedimento	Oggetto	Data Creazione	Data invio Domanda	Data Conclusione	Stato Domanda
		Ospedale poliedrico	22/11/2021			
		Atti	22/11/2021			
	4/2022	Autorizzazione all'esercizio	20/01/2022	20/01/2022	20/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	5/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	21/01/2022	21/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	6/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	10/02/2022		FASE ISTRUTTORIA
	7/2022	Autorizzazione all'esercizio	12/04/2022	12/04/2022		GESTIONE DELLE VERIFICHE INSERIMENTO VERIFICHE

Dopo che si è aperta la schermata, si seleziona il tipo di procedimento/ flusso dal menu a tendina, in particolare si seleziona Autorizzazione all'esercizio:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accredimento Admin Admin

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

UNITÀ DI OFFERTA PER IL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta

Elenco UDO

Codice Ente: []

Denominazione: []

Tipo Udo: []

Disciplina: [] Branca: []

Sede Operativa: [] Unità Operativa: []

Direttore: []

Codice Univoco: []

<input type="checkbox"/>	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")
<input checked="" type="checkbox"/>	UO Ospedale poliedrico					
<input type="checkbox"/>	732-10762	12345	prova udo RTI 4	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	Detenuti	
<input type="checkbox"/>	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	GRANDI USTIONI	

Si seleziona con la spunta la domanda di offerta di interesse (in questo caso prova UD RTI8):



- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

UNITÀ DI OFFERTA PER IL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Sono state selezionate: 1 Unità Operative 1 Unità di Offerta

Elenco UDO

Codice Ente
Denominazione
Tipo Udo
Disciplina Branca
Sede Operativa Unità Operativa
Direttore
Codice Univoco

<input type="checkbox"/>	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")
<input checked="" type="checkbox"/>	UO Ospedale poliedrico					
<input type="checkbox"/>	732-10762	12345	prova udo RTI 4	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	Detenuti	
<input checked="" type="checkbox"/>	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	GRANDI USTIONI	

Si clicca sul pulsante in alto denominato Creazione Domanda Titolare:

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

UNITÀ DI OFFERTA PER IL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Sono state selezionate: 1 Unità Operative 1 Unità di Offerta

Elenco UDO

Codice Ente
Denominazione
Tipo Udo
Disciplina Branca
Sede Operativa Unità Operativa
Direttore
Codice Univoco

<input type="checkbox"/>	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")
<input checked="" type="checkbox"/>	UO Ospedale poliedrico					
<input type="checkbox"/>	732-10762	12345	prova udo RTI 4	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	Detenuti	
<input checked="" type="checkbox"/>	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO)	GRANDI USTIONI	

Compare una finestra di conferma dell'operazione su cui verrà cliccato su OK:

test-autac.regione.marche.it dice
Procedere con l'operazione?

A questo punto si apre la schermata della domanda:

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Denominazione UO/UDO:

Tipologia UDO:

Edificio:

Blocco:

Piano:

Progressivo:

Sede Operativa:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Applica filtri

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio

Fascicolo 1 di 1

Data creazione: 21/04/2022

Numero Procedimento:

Data invio Domanda:

Data conclusione:

Stato: BOZZA

Nessun allegato presente

Aggiungi Udo/Uo | Elimina Udo/Uo selezionate

Elimina la domanda

Annotazione:

Inserisci annotazione

* Oggetto:

---selezione tipo allegato--- | Carica allegato

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente:

Denominazione:

Tipo Udo:

Disciplina: Branca:

Area Discipline:

Classificazione UDO:

Sede Operativa: Unità Operativa:

Edificio: Blocco:

Piano: Progressivo:

Direttore:

Codice Univoco:

Scadenza da: a:

Mostra solo con RS:

Area vasta:

Ordinamento: Gerarchico

<input type="checkbox"/>	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
<input type="checkbox"/>	Requisiti Generali						Scheda Requisiti		
<input type="checkbox"/>	UO Ospedale poliedrico								✗

Inserimento requisiti generali

Per prima cosa è necessario andare ad inserire i requisiti cliccando sul pulsante Scheda Requisiti della voce Requisiti Generali:

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente:

Denominazione:

Tipo Udo:

Disciplina: Branca:

Area Discipline:

Classificazione UDO:

Sede Operativa: Unità Operativa:

Edificio: Blocco:

Piano: Progressivo:

Direttore:

Codice Univoco:

Scadenza da: a:

Mostra solo con RS:

Area vasta:

Applica filtri | Pulisci

Ordinamento: Gerarchico

<input type="checkbox"/>	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
<input type="checkbox"/>	Requisiti Generali						Scheda Requisiti		
<input type="checkbox"/>	UO Ospedale poliedrico								✗
<input type="checkbox"/>	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI	47 - GRANDI USTIONI		Scheda Requisiti		✗

E' possibile rispondere sì o no singolarmente su ogni singolo requisito tramite il menu a tendina posizionato nella colonna



Risposta della tabella:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accredimento

Admin Admin

Rispondi a tutti i selezionati

.....

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Sì/No'

Filtra

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti Pag 1 di 1

Requisiti Generali

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
<input type="checkbox"/> OSPT.01	spazi per attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, per accettazione ed attività amministrative anche in comune fra più attività sanitarie opportunamente dimensionate		Sì			No			<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> OSPT.02	pareti e pavimenti delle camere di degenza e dei locali visita, medicazioni, indagini strumentali rivestiti o trattati con materiali ignifughi, lavabili, disinfettabili, con superfici lisce e raccordo arrotondato al pavimento*, con caratteristiche antisdrucolo e resistenti agli agenti fisici e chimici * Nota : obbligatorio nei locali di nuova costruzione; nei locali già in essere esiste evidenza di raccordo arrotondato nelle ristrutturazioni in programma		.....			No			<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> OSPT.03	locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server		.....			No			<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> OSPT.04	un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie		.....			No			<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> OSPT.05	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)		.....			No			<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> OSPT.06	armadi, carrelli e apparecchiature facilmente lavabili e disinfettabili che garantiscono la conservazione in sicurezza ed integrità dei farmaci, dei dispositivi medici e delle apparecchiature		.....			No			<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> OSPT.07	unità radiologica portatile per grafia		.....			No			<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Pag 1 di 1

Oppure è possibile selezionare tutti i requisiti in modo massivo, aspettando che l'applicativo carichi il flag su ogni requisito, e selezionare in alto a sinistra la risposta sì e cliccare sul pulsante Applica:



Rispondi a tutti i selezionati

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No'

Filtra

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti Pag 1 di 1

Requisiti Generali

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.01	spazi per attesa e relativi servizi igienici per l'utenza per accettazione ed attività amministrative anche in comune fra più attività sanitarie opportunamente dimensionate		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.02	pareti e pavimenti delle camere di degenza e dei locali visita, medicazioni, indagini strumentali rivestiti o trattati con materiali ignifughi, lavabili, disinfettabili, con superfici lisce e raccordo arrotondato al pavimento*, con caratteristiche antisdrucchiolo e resistenti agli agenti fisici e chimici * Nota : obbligatorio nei locali di nuova costruzione; nei locali già in essere esiste evidenza di raccordo arrotondato nelle ristrutturazioni in programma		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.03	locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.04	un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.05	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.06	armadi, carrelli e apparecchiature facilmente lavabili e disinfettabili che garantiscono la conservazione in sicurezza ed integrità dei farmaci, dei dispositivi medici e delle apparecchiature		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.07	unità radiologica portatile per grafia		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Pag 1 di 1

Ora ci spostiamo in basso a sinistra e facciamo click sul pulsante **Salva e torna**, questo fa sì che l'applicativo salvi tutte le risposte ai requisiti e ci riporti alla pagina della domanda:



Rispondi a tutti i selezionati

Si No

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No'

Filtra

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti Pag 1 di 1

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.01	spazi per attesa e relativi servizi igienici per l'utenza per accettazione ed attività amministrative anche in comune fra più attività sanitarie opportunamente dimensionate		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.02	pareti e pavimenti delle camere di degenza e dei locali visita, medicazioni, indagini strumentali rivestiti o trattati con materiali ignifughi, lavabili, disinfettabili, con superfici lisce e raccordo arrotondato al pavimento*, con caratteristiche antisdrucchio e resistenti agli agenti fisici e chimici * Nota : obbligatorio nei locali di nuova costruzione; nei locali già in essere esiste evidenza di raccordo arrotondato nelle ristrutturazioni in programma		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.03	locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, sala server		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.04	un locale per discussione casi clinici, riunioni, iniziative formative, anche in comune fra più attività sanitarie		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.05	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento delle persone assistite (es. codice colore)		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.06	armadi, carrelli e apparecchiature facilmente lavabili e disinfettabili che garantiscono la conservazione in sicurezza ed integrità dei farmaci, dei dispositivi medici e delle apparecchiature		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OSPT.07	unità radiologiche portatile per grafia		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

Pag 1 di 1

Inserimento requisiti UDO

E' possibile fare la stessa operazione sulla UDO.

Per prima cosa è necessario andare ad inserire i requisiti cliccando sul pulsante Scheda Requisiti della riga dell'UDO:

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente:

Denominazione:

Tipo Udo:

Disciplina: **Branca**

Area Discipline:

Classificazione UDO:

Sede Operativa: **Unità Operativa**

Edificio: **Blocco**

Piano: **Progressivo**

Direttore:

Codice Univoco:

Scadenza da: a

Mostra solo con RS:

Area vasta:

Ordinamento:

<input type="checkbox"/>	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
<input type="checkbox"/>	Requisiti Generali						<input type="button" value="Scheda Requisiti"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	UO Ospedale poliedrico								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI	47 - GRANDI USTIONI		<input type="button" value="Scheda Requisiti"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

E' possibile rispondere sì o no singolarmente su ogni singolo requisito tramite il menu a tendina posizionato nella colonna Risposta della tabella:



Rispondi a tutti i selezionati

.....

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Sì/No'

Filtra

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti Pag 1 di 1

Sede Operativa: SO Ospedale poliedrico

Unità Organizzativa: UO Ospedale poliedrico

Unità di Offerta: 732-39390 prova udo RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI

Disciplina-Ambito/Branca: B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI

Fattori produttivi

Indirizzo interno: Edificio: 001 - Ala est | Blocco: 14 | Piano: 2 | Progressivo: 678

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
<input type="checkbox"/>	RTI.01 La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq		Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	RTI.02 La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	RTI.03 La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	RTI.04 una zona filtro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	RTI.05 un locale medici		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	RTI.06 un locale lavoro infermieri		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	RTI.07 servizi igienici per il personale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	RTI.08 aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

Pag 1 di 1

Oppure è possibile selezionare tutti i requisiti in modo massivo, aspettando che l'applicativo carichi il flag su ogni requisito, e selezionare in alto a sinistra la risposta sì e cliccare sul pulsante Applica:



Rispondi a tutti i selezionati

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'Si/No'

Filtra

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti Pag 1 di 1

Sede Operativa: SO Ospedale poliedrico

Unità Organizzativa: UO Ospedale poliedrico

Unità di Offerta: 732-39390 prova udo RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI

Disciplina-Ambito/Branca: B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI

Fattori produttivi

Indirizzo interno: Edificio: 001 - Ala est | Blocco: 14 | Piano: 2 | Progressivo: 678

<input checked="" type="checkbox"/>	Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
<input checked="" type="checkbox"/>	RTI.01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq		<input type="text" value="-----"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	RTI.02	La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto		<input type="text" value="-----"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	RTI.03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati		<input type="text" value="-----"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	RTI.04	una zona filtro		<input type="text" value="-----"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	RTI.05	un locale medici		<input type="text" value="-----"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	RTI.06	un locale lavoro infermieri		<input type="text" value="-----"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	RTI.07	servizi igienici per il personale		<input type="text" value="-----"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	RTI.08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e ...		<input type="text" value="-----"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

Pag 1 di 1

Ora ci spostiamo in basso a sinistra e facciamo click sul pulsante Salva e torna, questo fa sì che l'applicativo salvi tutte le risposte ai requisiti e ci riporti alla pagina della domanda:



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Denominazione UO/UDO:

Tipologia UDO:

Edificio:

Blocco:

Piano:

Progressivo:

Sede Operativa:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

ASSEGNA TUTTI I SELEZIONATI

UO:

Persona:

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 1 di 1

Data creazione: 21/04/2022

Numero Procedimento:

Data invio Domanda:

Data conclusione:

Stato: BOZZA

Nessun allegato presente

Annotazione:

* Oggetto:

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente:

Denominazione:

Tipo Udo:

Disciplina:

Area Discipline:

Classificazione UDO:

Sede Operativa:

Edificio:

Piano:

Direttore:

Codice Univoco:

Scadenza da: a

Mostra solo con RS:

Area vasta:

Ordinamento:

<input type="checkbox"/>	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
<input checked="" type="checkbox"/>			Requisiti Generali				<input type="button" value="Scheda Requisiti"/>		
<input type="checkbox"/>			UO Ospedale poliedrico						

Per presentare la domanda è prima necessario inserire gli allegati.

Inseriamo tutti gli allegati dalla voce Oggetto, selezionando il tipo di allegato dal menu a tendina e cliccando su Carica allegato:

MENU
Home
Domande con azioni da eseguire
Inserimento nuova domanda
Torna alla sezione anagrafica
Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ
Tipo requisito
Testo requisito
Denominazione UO/UDO
Tipologia UDO
Edificio
Blocco
Piano
Progressivo
Sede Operativa
Assegnazione
Scheda Requisiti
note
Verificatore
Valutazione Verificatore
Note Verificatore
Senza risposta
Non assegnati
Senza risposta verificatore
Non assegnati verifica

Applica filtri

Assegna tutti i selezionati

UO
Persona

Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 1 di 1

Data creazione: 21/04/2022
Numero Procedimento
Data invio Domanda
Data conclusione
Stato: BOZZA

Nessun allegato presente

Aggiungi Udo/Uo Elimina Udo/Uo selezionate
Elimina la domanda

Annotazione:

* Oggetto: 

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente
Denominazione
Tipo Udo
Disciplina
Area Discipline
Classificazione UDO
Sede Operativa
Edificio
Piano
Direttore
Codice Univoco
Scadenza da
Mostra solo con RS
Area vasta
Ordinamento: Gerarchico

<input type="checkbox"/>	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
<input checked="" type="checkbox"/>	Requisiti Generali						Scheda Requisiti  		
<input type="checkbox"/>	UO Ospedale poliedrico								

Una volta caricati tutti gli allegati, è necessario inserire il modello.
Prima di inserire il modello, bisogna effettuare il download dall'applicativo, in quanto si tratta di un modello precompilato.
Per farlo si fa click sul pulsante Genera Mod. Aut. 2:



MENU
Home
Domande con azioni da eseguire
Inserimento nuova domanda
Torna alla sezione anagrafica
Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ
Tipo requisito
Testo requisito
Denominazione UO/UDO
Tipologia UDO
Edificio
Blocco
Piano
Progressivo
Sede Operativa
Assegnazione
Scheda Requisiti
note
Verificatore
Valutazione Verificatore
Note Verificatore
Senza risposta
Non assegnati
Senza risposta verificatore
Non assegnati verifica

Applica filtri

Assegna tutti i selezionati

UO
Persona
Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 7 di 7

Data creazione: 21/04/2022
Numero Procedimento
Data invio Domanda
Data conclusione
Stato: BOZZA

Genera Mod. Aut. 2 (highlighted with red box and arrow)

Nessun modello trovato

Aggiungi Udo/Uo Elimina Udo/Uo selezionate
Elimina la domanda

Annotazione
* Oggetto

Inserisci annotazione
---selezione tipo allegato--- Carica allegato

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione Planimetria Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avviso Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Notifica costituzione gruppo valutatori Verbale visita verifica Verbale Lettera di assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Documento Identità	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	✖
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	✖
Planimetria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	✖
Attestazione versamento diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	✖
Schede del manuale regionale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	✖
Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	✖

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente
Denominazione
Tipo Udo
Disciplina
Area Discipline

Dopo aver eseguito il download del modello, si compila nelle parti che non sono già state precompilate, si firma digitalmente e si ricarica sull'applicativo:



Estremi della marca da Bollo
 Marca da bollo
 Timbro Esenzione

AI SUAP del Comune di ANCONA

CHIEDE

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL' AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO O DIURNO PER ACUTI, AI SENSI DELL'ART 9 DELLA L.R. 21/2016.

la sottoscritta

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ ANCONA _____
 nato il _____ 24/11/1940
 Prov _____
 in Via/Piazza _____
 CFISC _____
 cellulare _____
 nella sua qualita' di:
 Libero Professionista
 P.IVA _____ eMail PEC _____
 Titolare di Azienda Individuale
 Legale Rappresentante

Del Soggetto Giuridico di seguito individuato
 Ragione Sociale Ospedale poliedrico
 Indirizzo Sede Legale Via Strambilla _____ N. _____ 6
 Forma Giuridica Azienda ospedaliera
 Comune di ANCONA CAP _____ 60124
 P.IVA _____
 eMail PEC _____
 telefono _____ 2345 cellulare _____ 23456

il rilascio dell' Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria

nella struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti
 denominata Prova uto RTI 8 - SF Ospedale poliedrico
 con sede nel comune ANCONA
 indirizzo sede Parco Belli 9 60124 ANCONA AN
 tipologia struttura STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI
 specificare codice regolamento regionale _____
 in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno con un numero di posti letto pari a:

COMUNICA

di non essere in possesso, per la struttura in oggetto, delle autorizzazioni all'esercizio ai sensi della LR 20/2000
 di essere in possesso, per la struttura denominata prova uto RTI 8 - SF Ospedale poliedrico delle autorizzazioni all'esercizio ai sensi della LR 20/2000
 per la quale si allega copia dell'autorizzazione _____
 rilasciato il _____ dal comune _____

AI sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese sia dal Legale rappresentante che dal Direttore/Responsabile per quanto di competenza.

DICHIARA

che la struttura
 denominata RO Ospedale poliedrico
 indirizzo sede Parco Belli 9 60124 ANCONA AN
 foglio catastale _____
 particella _____
 subparticella _____
 e' stata realizzata in conformita' ai progetti approvati in sede di autorizzazione alla realizzazione e rispetta i requisiti minimi del manuale regionale di autorizzazione
 rilasciata in data _____ protocollo _____

che la struttura(*)
 denominata RO Ospedale poliedrico
 indirizzo sede Parco Belli 9 60124 ANCONA AN
 foglio catastale _____
 particella _____
 subparticella _____
 rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed e' dotata dei requisiti minimi di cui al manuale regionale.
 (*) da compilare per le sole strutture di cui all'art 7 comma 2 della L.R. 21/2016 non soggette al preventivo rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione:
 per l'immobile e' gia' stato rilasciato il certificato di agibilita'/presentata la segnalazione certificata di agibilita'
 rilasciata in data _____ protocollo _____

che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
 di essere informato, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
 che la direzione sanitaria e' affidata a _____

per la struttura denominata RO Ospedale poliedrico
 Dottor/ssa _____
 Cod.Fisc. _____
 nato a _____ il _____
 laureato in _____ il _____
 presso l'universita' _____
 specializzato in _____ numero _____
 iscritto all'ordine dei _____
 Provincia _____

il quale ha accettato l'incarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che:
 i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti;
 non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione;
 l'assenza di situazioni di incompatibilita' del Direttore Sanitario di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

Data 21/04/2022 Firma Del Titolare _____
 Data 21/04/2022 Firma Del Direttore Sanitario _____

Allegati Obbligatori

- copia del documento di identita' di tutti i dichiaranti
- attestazione versamento diritti di segreteria
- schede del manuale regionale di autorizzazione firmate (per esteso) dal Responsabile della singola struttura organizzativa e dal Direttore Sanitario datate (tutte le pagine)
- planimetria della struttura in scala 1: 1 00 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal tecnico abilitato
- Inoltre, per le strutture di cui all'art. 7 comma 2 non soggette ad autorizzazione alla realizzazione di cui all'art. 8 deve essere allegata la relazione tecnico sanitaria datata e sottoscritta dal tecnico abilitato
- Per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorieta' (art. 38 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.



Il modello firmato deve essere ricaricato dalla sezione Oggetto degli allegati, inserendo la denominazione e la tipologia di allegato ed ricaricandolo tramite click sul pulsante Carica allegato:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accredimento Admin Admin

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 7 di 7

Data creazione: 21/04/2022
Numero Procedimento: _____
Data invio Domanda: _____
Data conclusione: _____
Stato: BOZZA

Genera Mod. Aut. 2

Nessun modello trovato

Aggiungi Udo/Uo: Elimina Udo/Uo selezionate

Elimina la domanda

Annotazione:

* Oggetto:

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Planimetria Mod. Aut. 2 - 9 Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avvio Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Notifica costituzione gruppo valutatori Verbale visita verifica Verbale Lettera di assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Documento Identità	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	✘
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	✘
Planimetria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	✘
Attestazione versamento diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	✘
Schede del manuale regionale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	✘
Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	✘

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente: _____
Denominazione: _____
Tipo Udo: _____
Disciplina: _____ Branca: _____
Area Discipline: _____

Compare la notifica Esistono altre domande non concluse con le stesse UDO nel caso in cui sono presenti le stesse UDO in altre domande il cui procedimento non è concluso e dunque la domanda non può essere inviata.

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 7 di 7

Data creazione: 21/04/2022

Numero Procedimento: _____

Data invio Domanda: _____

Data conclusione: _____

Stato: BOZZA

Esistono altre domande non concluse con le stesse UDO

Annotazione:

* Oggetto:

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità
 Copia versamento bollo digitale o esenzione
 Planimetria
 Attestazione versamento diritti di segreteria
 Schede del manuale regionale di autorizzazione
 Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato
 Mod. Aut. 2
 Mod. Aut. 2 - AMB
 Mod. Aut. 2 - 9
 Lettera di trasmissione domanda
 Lettera di trasmissione
 Relazione conclusiva
 Decreto
 Comunicazione di Avvio Istruttoria
 Lettera richiesta integrazioni
 Lettera integrazione documentazione
 Notifica costituzione gruppo valutatori
 Verbale visita verifica
 Verbale
 Lettera di assolvimento prescrizioni
 Rapporto di Verifica
 Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Mod. Aut. 2	caedes.pdf.p7m	admin (OPERATORE_TITOLARE)	22/04/2022	ModAut2	✖
Documento Identità	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	✖
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	✖
Planimetria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	✖
Attestazione versamento diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	✖
Schede del manuale regionale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	✖
Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	✖

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente: _____
 Denominazione: _____
 Tipo Udo: _____
 Disciplina: _____ Branca: _____
 Area Disciplina: _____

Occorre quindi selezionare la UDO già in uso e poi fare clic su elimina Udo/Uo selezionate e se necessario poi aggiungere una nuova UDO tramite il pulsante Aggiungi Udo/Uo.

Compare il pulsante Invia la domanda:

Sanità Regione Marche - Autorizzazione ed Accredimento Admin Admin

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Denominazione UO/UDO:

Tipologia UDO:

Edificio:

Blocco:

Piano:

Progressivo:

Sede Operativa:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Applica filtri

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Assegna

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 7 di 7

Data creazione: 21/04/2022

Numero Procedimento:

Data invio Domanda:

Data conclusione:

Stato: BOZZA

Invia la domanda

Aggiungi Udo/Uo | Elimina Udo/Uo selezionate

Elimina la domanda

Annotazione: Inserisci annotazione

* Oggetto: ---selezione tipo allegato--- Carica allegato

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione Planimetria Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avviso Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Notifica costituzione gruppo valutatori Verbale visita verifica Verbale Lettera di assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Mod. Aut. 2	ca-des.pdf.p7m	admin (OPERATORE_TITOLARE)	22/04/2022	ModAut2	✖
Documento Identità	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	DocumentoIdentita	✖
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	✖
Planimetria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	Planimetria	✖
Attestazione versamento diritti di segreteria	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	AttestazioneVersamentoDirittiSegreteria	✖
Schede del manuale regionale di autorizzazione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	SchedeManualeRegionaleAutorizzazione	✖
Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	21/04/2022	RelazioneTecnicoSanitariaDatataTecnicoAbilitato	✖

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente:

Denominazione:

Tipo Udo:

Disciplina: Branca:

Area Disciplina:

Cliccando su di esso compare la finestra di conferma a procedere su cui facciamo click su OK:

test-autac.regione.marche.it dice

Procedere con l'invio della domanda?

OK

Annulla

A questo punto la domanda è stata inviata al Comune e lo stato passa da Bozza a Fase Istruttoria:

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 1 di 1

Data creazione: 21/04/2022

Numero Procedimento: 8/2022

Data invio Domanda: 22/04/2022

Data conclusione:

Stato: FASE ISTRUTTORIA

Modifica documento per richiesta integrazioni

Nella schermata dei procedimenti, si seleziona la domanda di interesse, in particolare la domanda contrassegnata da Numero Procedimento 9/2022 che ora ha come stato della domanda Richiesta di integrazione documenti:



- MENU
- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

FASCICOLO DEL TITOLARE: OSPEDALE POLIEDRICO

Elenco Fascicoli Pag 1 di 1

Stato/Procedimento: ---scegli lo stato--- ---selezione procedimento---

Data creazione da: [] a: []

Data invio domanda da: [] a: []

Data conclusione da: [] a: []

Tipo	Numero Procedimento	Oggetto	Data Creazione	Data invio Domanda	Data Conclusione	Stato Domanda
		Ospedale poliedrico	22/11/2021			
		Atti	22/11/2021			
	4/2022	Autorizzazione all'esercizio	20/01/2022	20/01/2022	20/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	5/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	21/01/2022	21/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	6/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	10/02/2022		FASE ISTRUTTORIA
	7/2022	Autorizzazione all'esercizio	12/04/2022	12/04/2022	23/06/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	8/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/04/2022	22/04/2022		FASE ISTRUTTORIA
		Autorizzazione all'esercizio	23/06/2022			BOZZA
	9/2022	Autorizzazione all'esercizio	23/06/2022	23/06/2022		RICHIEDA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI



Nella sezione Procedimento: AUT-ESER nella parte denominata Azioni da eseguire, facciamo click sull'icona per verificare quale è il documento che è necessario andare ad integrare (vediamo che è il Copia versamento bollo digitale o esenzione):

Home
 Domande con azioni da eseguire
 Inserimento nuova domanda
 Torna alla sezione anagrafica
 Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9

Data creazione: 23/06/2022
 Numero Procedimento: 9/2022
 Data invio Domanda: 23/06/2022
 Data conclusione:
 Stato: RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocollazioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Planimetria Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avvio Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Lettera di trasmissione Notifica costituzione gruppo valutatori Verbale visita verifica Verbale Lettera di assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]					
Iniziato da :	admin				
Iniziato il :	23/06/2022				
Stato :	Avviato				
Mostra dati workflow Mostra workflow					
Azioni completate					
Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato		
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato		
Protocollazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato		
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato		
Protocollazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato		
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato		
Azioni da eseguire					
Nome	Stato	Azioni			
Richiesta Integrazioni	Pronto	Rilascia 			

Quindi nella sezione Documenti allegati alla domanda, selezioniamo con la spunta Copia versamento bollo digitale o esenzione:

MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9

Data creazione: 23/06/2022
 Numero Procedimento: 9/2022
 Data invio Domanda: 23/06/2022
 Data conclusione:
 Stato: RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocollezioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Planimetria Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avvio Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Notifica costituzione gruppo valutatori Verbale visita verifica Verbale Lettera di assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	23/06/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da : admin
 Iniziatore il : 23/06/2022
 Stato : Avviato

Mostra dati workflow Mostra workflow

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato

Poi nella parte sottostante, nella colonna Azioni, facciamo click sull'icona della matita;



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9

Data creazione: 23/06/2022
Numero Procedimento: 9/2022
Data invio Domanda: 23/06/2022
Data conclusione:
Stato: RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocollezioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Planimetria Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico sanitaria Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avvio Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Notifica costituzione gruppo valutatori Verbale visita verifica Verbale Lettera di assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	23/06/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da : admin
Iniziato il : 23/06/2022
Stato : Avviato

Mostra dati workflow Mostra workflow

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato

Nella finestra che viene aperta facciamo click sul pulsante **Sostituisci documento** e carichiamo il documento con cui sostituire quello selezionato:



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Denominazione UO/UDO:

Tipologia UDO:

Edificio:

Blocco:

Piano:

Progressivo:

Sede Operativa:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Applica filtri

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9

Data creazione: 23/06/2022
 Numero Procedimento: 9/2022
 Data invio Domanda: 23/06/2022
 Data conclusione:
 Stato: RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocollezioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022		150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

MODIFICA DOCUMENTO

Oggetto: Copia versamento bollo digitale o esenzione Tipo: CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione **Sostituisci documento**

Documenti disponibili: Documento Identità sanitaria datata tecnico abilitato, Comunicazione di Avvio Istruttoria assolvimento prescrizioni, Rapporto di Verifica, Altro, Lettera richiesta integrazioni, Lettera integrazione documentazione, Lettera integrazione documentazione, Notifica costituzione gruppo valutatori, Lettera di trasmissione, Relazione conclusiva, Verboale visita verifica, Verboale, Lettera di, Schede del manuale regionale di autorizzazione, Relazione tecnico, Decreto, Relazione conclusiva, Decreto, Lettera di

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
Copia versamento bollo digitale o esenzione	documento.pdf	admin (OPERATORE_TITOLARE)	23/06/2022	CopiaVersamentoBolloDigitaleEsenzione	

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da : admin
 Iniziatore il : 23/06/2022
 Stato : Avviato

Mostra dati workflow Mostra workflow

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocolloazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato
Protocolloazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato

Re-invia la domanda facendo click sul pulsante Esegui della sezione Azioni da eseguire:

Home
 Domande con azioni da eseguire
 Inserimento nuova domanda
 Torna alla sezione anagrafica
 Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9

Data creazione: 23/06/2022
 Numero Procedimento: 9/2022
 Data invio Domanda: 23/06/2022
 Data conclusione:
 Stato: RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	24/07/2022

Protocollozzazioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Planimetria Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avvio Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Lettera di trasmissione Verboale visita verifica Verbale Lettera di assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]					
Iniziato da :	admin				
Iniziato il :	23/06/2022				
Stato :	Avviato				
Mostra dati workflow Mostra workflow					
Azioni completate					
Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato		
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato		
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato		
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato		
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato		
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato		
Azioni da eseguire					
Nome	Stato	Azioni			
Richiesta Integrazioni	Pronto	<input type="button" value="Rilascia"/> <input type="button" value="Esegui"/>			

Nella finestra di Esecuzione attività che viene aperta, aggiungiamo una nota testuale nelle Note e clicchiamo sul pulsante Invia domanda:



Invio integrazioni richieste

Dopo aver completato le modifiche richieste reinviare la domanda

Note *

Note di modifica

Oggetto documento 1

Documento 1

Scegli file Nessun file selezionato

Oggetto documento 2

Documento 2

Scegli file Nessun file selezionato

INVIA DOMANDA



La domanda è stata re-inviata:



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 1 di 1

Data creazione: 23/06/2022
Numero Procedimento: 9/2022
Data invio Domanda: 23/06/2022
Data conclusione:
Stato: **INVIATA**

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	IN CORSO	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	IN CORSO	24/07/2022

Protocollozzazioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Planimetria Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avvio Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Notifica costituzione gruppo valutatori Verbale visita verifica Verbale Lettera di assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
---------	------	-----------	------	------	--------

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da : admin
Iniziato il : 23/06/2022
Stato : Avviato

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta Integrazioni	Admin Admin	27/06/2022 alle 10:56	Completato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato
Protocollozzazione eseguita	Admin Admin 3di	23/06/2022 alle 17:33	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	23/06/2022 alle 17:17	Completato

Preso in carico richiesta di integrazioni e invio domanda al comune

Nella schermata dei procedimenti, si seleziona la domanda di interesse, in particolare la domanda contrassegnata da Numero Procedimento 9/2022 che ora ha come stato della domanda "Richiesta di integrazione autovalutazioni":



- MENU
- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

FASCICOLO DEL TITOLARE: OSPEDALE POLIEDRICO

Elenco Fascicoli Pag 1 di 1

Stato/Procedimento: ---scegli lo stato--- ---selezione procedimento---

Data creazione da: [] a: []

Data invio domanda da: [] a: []

Data conclusione da: [] a: []

Tipo	Numero Procedimento	Oggetto	Data Creazione	Data invio Domanda	Data Conclusione	Stato Domanda
		Ospedale poliedrico	22/11/2021			
		Atti	22/11/2021			
	4/2022	Autorizzazione all'esercizio	20/01/2022	20/01/2022	20/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	5/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	21/01/2022	21/01/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	6/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/01/2022	10/02/2022		FASE ISTRUTTORIA
	7/2022	Autorizzazione all'esercizio	12/04/2022	12/04/2022	23/06/2022	PROCEDIMENTO CONCLUSO
	8/2022	Autorizzazione all'esercizio	21/04/2022	22/04/2022		FASE ISTRUTTORIA
		Autorizzazione all'esercizio	23/06/2022			BOZZA
	9/2022	Autorizzazione all'esercizio	23/06/2022	23/06/2022		RICHIESTA DI INTEGRAZIONE AUTOVALUTAZIONI



Nella sezione Unità di offerta, nella colonna Requisiti, facciamo click sul pulsante Scheda Requisiti dell'UDO:



Copiare una CO/UDO/UE/ST/ED dall'elenco tramite l'apposito pulsante

Esporta selezione in pdf
Esporta la domanda in pdf
Esporta Udo in csv
Invia notifica assegnatari requisiti

Richiesta Integrazioni	Admin Admin	27/06/2022 alle 10:56	Completato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollo eseguito	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato

Azioni da eseguire

Nome	Stato	Azioni
Richiesta Integrazioni	Pronto	Rilascia Esegui

UNITÀ DI OFFERTA

Elenco UDO [Sono state selezionate: 0 Unità operative e 0 Unità di Offerta]

Codice Ente:
Denominazione:
Tipo Udo:
Disciplina: Branca:
Area Discipline:
Classificazione UDO:
Sede Operativa: Unità Operativa:
Edificio: Blocco:
Piano: Progressivo:
Direttore:
Codice Univoco:
Scadenza da: a
Mostra solo con RS:
Area vasta:
Applica filtri Pulisci
Ordinamento: Gerarchico

<input type="checkbox"/>	Codice Univoco	Codice ORPS	Denominazione	Tipologia UDO	Discipline/Ambiti	Branche Attività (cod "spe")	Requisiti	Esito	Azioni
<input type="checkbox"/>	Requisiti Generali						Scheda Requisiti		
<input type="checkbox"/>	UO Ospedale poliedrico								✖
<input type="checkbox"/>	732-39390	12345	prova udo RTI 8	STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI	47 - GRANDI USTIONI		Scheda Requisiti		✖

Nella Scheda Requisiti, modifichiamo ad esempio una risposta selezionando no dal menu a tendina ed inseriamo un piano di intervento selezionando sì dal menu a tendina (ad esempio scegliamo la riga con testo requisito "La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto"):



Rispondi a tutti i selezionati

.....

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'S/No'

Filtra

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti Pag 1 di 1

Sede Operativa: SO Ospedale poliedrico

Unità Organizzativa: UO Ospedale poliedrico

Unità di Offerta: 732-39390 prova udo RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI

Disciplina-Ambito/Branca: B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI

Fattori produttivi

Indirizzo interno: Edificio: 001 - Ala est | Blocco: 14 | Piano: 2 | Progressivo: 678

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
<input type="checkbox"/> RTI.01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq		Sì			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.02	La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto		No			Sì					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati		Sì			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.04	una zona filtro		Sì			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.05	un locale medici		Sì			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.06	un locale lavoro infermieri		Sì			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.07	servizi igienici per il personale		Sì			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e ...		Sì			No					storia	

Facciamo click sull'icona della matita nella colonna Modalità di adeguamento:



Rispondi a tutti i selezionati

.....

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'S/No'

Filtra

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti Pag 1 di 1

Sede Operativa: SO Ospedale poliedrico

Unità Organizzativa: UO Ospedale poliedrico

Unità di Offerta: 732-39390 prova udo RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI

Disciplina-Ambito/Branca: B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI

Fattori produttivi

Indirizzo interno: Edificio: 001 - Ala est | Blocco: 14 | Piano: 2 | Progressivo: 678

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
<input type="checkbox"/> RTI.01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq		Si			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.02	La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto		No			Si					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati		Si			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.04	una zona filtro		Si			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.05	un locale medici		Si			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.06	un locale lavoro infermieri		Si			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.07	servizi igienici per il personale		Si			No					storia	
<input type="checkbox"/> RTI.08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e ...		Si			No					storia	

Pag 1 di 1

Si apre una finestra in cui inserire una nota, poi facciamo click sul pulsante Salva:

MODALITÀ DI ADEGUAMENTO

Nota

Facciamo click sull'icona della matita nella colonna Tempi di adeguamento:



Rispondi a tutti i selezionati

.....

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'S/No'

Filtra

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti Pag 1 di 1

Sede Operativa: SO Ospedale poliedrico

Unità Organizzativa: UO Ospedale poliedrico

Unità di Offerta: 732-39390 prova udo RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI

Disciplina-Ambito/Branca: B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI

Fattori produttivi

Indirizzo interno: Edificio: 001 - Ala est | Blocco: 14 | Piano: 2 | Progressivo: 678

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
<input type="checkbox"/> RTI.01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.02	La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto		No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si	modalità <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.04	una zona filtro		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.05	un locale medici		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.06	un locale lavoro infermieri		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.07	servizi igienici per il personale		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e ...		Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	storia	<input type="checkbox"/>

Pag 1 di 1

Si apre una finestra in cui inserire il tempo necessario, poi facciamo click sul pulsante Salva:

TEMPI DI ADEGUAMENTO

3 mesi

A questo punto in basso a sinistra della schermata, facciamo click sul pulsante Salva e torna:



Rispondi a tutti i selezionati

.....

*L'operazione ha effetto solamente per requisiti di tipo 'S/No'

Filtra

Id univoco REQ:

Tipo requisito:

Testo requisito:

Assegnazione:

Scheda Requisiti:

note:

Verificatore:

Valutazione Verificatore:

Note Verificatore:

Senza risposta:

Non assegnati:

Senza risposta verificatore:

Non assegnati verifica:

Assegna tutti i selezionati

UO:

Persona:

Copia/Incolla Note/Evidenze

Note Evidenze

Selezionare almeno una opzione di copia: Note e/o Evidenze

SCHEDA REQUISITI

Lista dei Requisiti Pag 1 di 1

Sede Operativa: SO Ospedale poliedrico

Unità Organizzativa: UO Ospedale poliedrico

Unità di Offerta: 732-39390 prova udo RTI 8 STROKE UNIT (I LIVELLO - II LIVELLO) - 732 - RTI

Disciplina-Ambito/Branca: B- Area Chirurgica 47 - GRANDI USTIONI, posti letto AU: 8, posti letto AC: 8, tipo PL: ATTUATI

Fattori produttivi

Indirizzo interno: Edificio: 001 - Ala est | Blocco: 14 | Piano: 2 | Progressivo: 678

Id Univoco REQ	Testo Requisito	Assegnazione	Risposta	evidenze	note	Piano di intervento	Modalità di adeguamento	Tempi di adeguamento	Scadenza Adeguamento	Prescrizioni Adeguamento	storia	Azioni
<input type="checkbox"/> RTI.01	La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq		<input type="text" value="Si"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.02	La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto		<input type="text" value="No"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Si"/>	modalità <input type="checkbox"/>	tempi <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.03	La superficie minima consente agevoli manovre assistenziali sui quattro lati		<input type="text" value="Si"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.04	una zona filtro		<input type="text" value="Si"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.05	un locale medici		<input type="text" value="Si"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.06	un locale lavoro infermieri		<input type="text" value="Si"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.07	servizi igienici per il personale		<input type="text" value="Si"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	storia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RTI.08	aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio di materiale di consumo, farmaci e		<input type="text" value="Si"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	storia	<input type="checkbox"/>

Pag 1 di 1

Nella sezione Azioni da eseguire, facciamo click sul pulsante Prendi in carico (per prendere in carico la richiesta di integrazioni):



MENU

- Home
- Domande con azioni da eseguire
- Inserimento nuova domanda
- Torna alla sezione anagrafica
- Logout

Ricerca su tutti i requisiti

Id univoco REQ

Tipo requisito

Testo requisito

Denominazione UO/UDO

Tipologia UDO

Edificio

Blocco

Piano

Progressivo

Sede Operativa

Assegnazione

Scheda Requisiti

note

Verificatore

Valutazione Verificatore

Note Verificatore

Senza risposta

Non assegnati

Senza risposta verificatore

Non assegnati verifica

Applica filtri

Assegna tutti i selezionati

UO

Persona

Assegna

Copia/Incolla Autocertificazione

Copiare una CO/UDO/ST/ED dall'elenco tramite l'apposito pulsante

Esporta selezione in pdf

Esporta la domanda in pdf

Esporta Udo in csv

Invia notifica assegnatari requisiti

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO

Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9

Data creazione

Numero Procedimento

Data invio Domanda

Data conclusione

Stato

Aggiungi Udo/Uo

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	25/07/2022

Protocollezioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
548	27/06/2022	Aut. Eser. - Invio delle integrazioni	150.30.130/2022/INF/871
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871
549	28/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda

Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Planimetria Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avvio Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Lettera di trasmissione Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro Notifica costituzione gruppo valutatori Verbale visita verifica Verbale Lettera di

Oggetto	File	Operatore	Data	Tipo	Azioni
---------	------	-----------	------	------	--------

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]

Iniziato da :

Iniziato il :

Stato :

Mostra dati workflow

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	28/06/2022 alle 10:06	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	28/06/2022 alle 09:52	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	28/06/2022 alle 09:47	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	27/06/2022 alle 16:24	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	27/06/2022 alle 15:34	Completato
Richiesta Integrazioni	Admin Admin	27/06/2022 alle 10:56	Completato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato

Azioni da eseguire

Nome	Stato	Azioni
Richiesta Integrazioni	Pronto	<input type="button" value="Prendi in carico"/>

e poi su Esegui:



MENU
Home
Domande con azioni da eseguire
Inserimento nuova domanda
Torna alla sezione anagrafica
Logout

Ricerca su tutti i requisiti
Id univoco REQ
Tipo requisito
Testo requisito
Denominazione UO/UDO
Tipologia UDO
Edificio
Blocco
Piano
Progressivo
Sede Operativa
Assegnazione
Scheda Requisiti
note
Verificatore
Valutazione Verificatore
Note Verificatore
Senza risposta
Non assegnati
Senza risposta verificatore
Non assegnati verifica
Applica filtri

Assegna tutti i selezionati
UO
Persona
Assegna

Copia/Incolla Autocertificazione
Copiare una CO/UDO/ST/ED dall'elenco tramite l'apposito pulsante
Esporta selezione in pdf
Esporta la domanda in pdf
Esporta Udo in csv
Invia notifica assegnatari requisiti

FASCICOLO DEL TITOLARE OSPEDALE POLIEDRICO
Autorizzazione all'esercizio Fascicolo 9 di 9
Data creazione: 23/06/2022
Numero Procedimento: 9/2022
Data invio Domanda: 23/06/2022
Data conclusione:
Stato: RICHIESTA DI INTEGRAZIONE AUTOVALUTAZIONI
Aggiungi Udo/Uo Elimina Udo/Uo selezionate

Attività e durate

Tipo	Stato	Data scadenza
DOMANDA	STAND BY	21/10/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA REGIONE	STAND BY	25/08/2022
VALUTAZIONE CORRETTEZZA COMUNE	STAND BY	25/07/2022

Protocollezioni effettuate

Numero	Data	Tipo	Fascicolo
548	27/06/2022	Aut. Eser. - Invio delle integrazioni	150.30.130/2022/INF/871
544	23/06/2022	Aut. Eser. - Avvio del procedimento	150.30.130/2022/INF/871
546	24/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871
549	28/06/2022	Aut. Eser. - Richiesta di integrazioni	150.30.130/2022/INF/871

Documenti allegati alla domanda
 Documento Identità Copia versamento bollo digitale o esenzione Planimetria Attestazione versamento diritti di segreteria Schede del manuale regionale di autorizzazione Relazione tecnico sanitaria datata tecnico abilitato Mod. Aut. 2 Mod. Aut. 2 - AMB Mod. Aut. 2 - 9 Lettera di trasmissione domanda Lettera di trasmissione Relazione conclusiva Decreto Comunicazione di Avvio Istruttoria Lettera richiesta integrazioni Lettera integrazione documentazione Notifica costituzione gruppo valutatori Verbale visita verifica Verbale Lettera di assolvimento prescrizioni Rapporto di Verifica Altro
Oggetto File Operatore Data Tipo Azioni

PROCEDIMENTO: AUT-ESER [1.0]
Iniziato da : admin
Iniziato il : 23/06/2022
Stato : Avviato
Mostra dati workflow Mostra workflow

Azioni completate

Nome	Eseguito da	Eseguito il	Stato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	28/06/2022 alle 10:06	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	28/06/2022 alle 09:52	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	28/06/2022 alle 09:47	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	27/06/2022 alle 16:24	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Comune	Ancona Comune	27/06/2022 alle 15:34	Completato
Richiesta Integrazioni	Admin Admin	27/06/2022 alle 10:56	Completato
Richiesta integrazione da regione	Ancona Comune	27/06/2022 alle 10:05	Completato
Protocollezioni eseguita	Admin Admin 3di	24/06/2022 alle 15:30	Completato
Valutazione Completezza/Correttezza Regione	OTA OTA	24/06/2022 alle 15:24	Completato

Azioni da eseguire

Nome	Stato	Azioni
Richiesta Integrazioni	Pronto	Rilascia Esegui

Viene aperta la pagina Esecuzione Attività che ci consente di rimandare la domanda al comune, e clicchiamo sul pulsante Invia domanda:



Invio integrazioni richieste

Dopo aver completato le modifiche richieste reinviare la domanda

Note **Obbligatorio**

Oggetto documento 1

Documento 1

Nessun file selezionato

Oggetto documento 2

Documento 2

Nessun file selezionato

