



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

Direzione generale della sanità  
Servizio Qualità dei Servizi e Governo Clinico.  
Settore Autorizzazioni e Accreditamento

Allegato determinazione n. 1055 del 04.10.2018

**Prot. n. 22359**

**Cagliari, 19/09/2018**

Al Direttore del 6° Servizio  
Dott. Federico Argiolas  
**SEDE**

Al Coordinatore del Settore 6.1  
Dott.ssa Claudia Porcu  
**SEDE**

**Oggetto: Trasmissione atti per la formalizzazione del provvedimento finale.**

<b>ATTIVITA' SANITARIA</b>	<b>Specialistica ambulatoriale (odontoiatria)</b>
<b>STRUTTURA SANITARIA</b>	<b>Studio dentistico Floris</b>
<b>SEDE OPERATIVA</b>	<b>Via Galilei n. 19, piano primo - Siniscola</b>
<b>SOGGETTO GIURIDICO DI RIFERIMENTO</b>	<b>Studio dentistico Floris, Via Galilei n. 19 - Siniscola</b>

Verificata la regolarità del procedimento e degli atti tecnico amministrativi previsti dalle procedure di cui alla D.G.R. 47/43 del 30/12/2010, all. 3, si trasmette la documentazione relativa alla istanza di autorizzazione all'esercizio del 22/02/2018, prot. RAS n. 5340 in pari data, come approvata dal Nucleo Tecnico nella seduta del 12/09/2018, prot. n. 21847 del 13/09/2018, per l'attività sanitaria di Specialistica ambulatoriale (odontoiatria), denominata "Studio dentistico Floris", Ditta Individuale, ubicato in Via Galilei n. 19, piano primo - Siniscola.

La documentazione stessa è comprensiva della determinazione finalizzata al rilascio dell'accREDITAMENTO richiesto, per la vidimazione da parte del Coordinatore del Settore 6.1 e la firma del Direttore del Servizio.

**Il Responsabile del Procedimento**

Ing. Salvatore Careddu



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della sanità  
Servizio qualità dei servizi e governo clinico  
Settore autorizzazioni e accreditamento

Allegato determinazione n. 1055 del 04.10.2018

## VERIFICA FINALE ISTANZA

<b>ATTIVITA' SANITARIA</b>	<b>Specialistica ambulatoriale (odontoiatria)</b>
<b>STRUTTURA SANITARIA</b>	<b>Studio dentistico Floris</b>
<b>SEDE OPERATIVA</b>	<b>Via Galilei n. 19, piano primo - Siniscola</b>
<b>SOGGETTO GIURIDICO DI RIFERIMENTO</b>	<b>Studio dentistico Floris, Via Galilei n. 19 - Siniscola</b>

- |  |   |
|--|---|
| 1. <b>VERIFICA DI COMPATIBILITA'</b> , parere del 21/12/2017, prot. n. 30287                 | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 2. <b>ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO</b> del 22/02/2018, prot. n. 5340 in pari data | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 3. <b>AVVIO DEL PROCEDIMENTO e nomina del responsabile</b> , prot. n. 5473 del 23/02/2018    | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 4. <b>RELAZIONE PRELIMINARE DEL RESP. DEL PROCEDIMENTO</b> , del 05/03/2018                  | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 5. <b>NOMINA COMPONENTI GRUPPO DI VERIFICA</b> , prot. n. 6181 del 05/03/2018                | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 6. <b>PIANO DI VERIFICA</b> del 08/03/2018   | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 7. <b>CONVOCAZIONE AUDIT, pec</b> prot. n. 7131 del 15/03/2018                               | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 8. <b>VERBALE DI AUDIT</b> del 23/03/2018  | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 9. <b>RAPPORTO FINALE DI VERIFICA del 23/03/2018</b>   | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 10. <b>INTEGRAZIONI DOCUMENTALI</b> del 14/06/2018, prot. n. 14858 del 15/06/2018            | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 11. <b>INTEGRAZIONE RAPPORTO FINALE DI VERIFICA</b> del 06/07/2018                           | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| 12. <b>RELAZIONE MOTIVATA</b> del 12/09/2018, prot. n. 21847 del 13/09/2018                  | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |

Cagliari, 17/09/2018

**Il Responsabile del Procedimento**

Ing. Salvatore Careddu