



A.R.S.O.T.A.

ASSOCIAZIONE REGIONALE
STRUTTURE OSPEDALIERE,
TERRITORIALI ED AMBULATORIALI

DOMANDA DI ADESIONE

ALL. 1

GENERALITÀ

Data	<input type="text"/>		
Struttura	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>		
ASL	<input type="text"/>		
Partita IVA	<input type="text"/>		
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
FAX	<input type="text"/>		
Indirizzo WEB	<input type="text"/>		
email aziendale	<input type="text"/>		
pec aziendale	<input type="text"/>		
Legale Rappresentante	<input type="text"/>		
email	<input type="text"/>		
Tel./Cell	<input type="text"/>		
Rappresent. ARSOTA	<input type="text"/>		
email	<input type="text"/>		
Tel./Cell	<input type="text"/>		
Iscrizione ad altre	<input type="text"/>		
associazioni	<input type="text"/>		
Mandato conferito	<input type="text"/>		
COMPILATORE:	<input type="text"/>		
Ruolo in azienda	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>		
email	<input type="text"/>		

DOMANDA DI ADESIONE

ALL. 2

RESPONSABILI & PERSONALE

Direttore Sanitario

e_mail

Tel./Cell

Direttore Amministrativo

email

Tel./Cell

RISORSE UMANE

Servizi gestiti direttamente	Dipendenti n.	Rapp. prof.n.	Tot.
Personale sanitario medico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personale sanitario non medico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personale non sanitario	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Servizi esternalizzati	SI	NO
Lavanderia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulizie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cucina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOMANDA DI ADESIONE

ALL. 3

ATTIVITÀ DI RICOVERO

	Specialità	P.L. Accreditati SSN (A)	P.L. Non accreditati SSN (A)	P.L. Autorizzati TOTALE (A+B)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
	TOTALE			

SERVIZI	SI	NO
Pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipartimento di emergenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Day Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Day surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMANDA DI ADESIONE

ALL. 4 ATTIVITÀ AMBULATORIALI

	Specialità	Accreditata SSN	Non accreditata SSN
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

DOMANDA DI ADESIONE

ALL. 5

ATTREZZATURE

APPARECCHIATURE DI DIAGNOSI E CURA	N.
Acceleratore lineare	<input type="text"/>
Amplificatore di brillantezza per radioscopia	<input type="text"/>
Analizzatore autom. per immunochimica	<input type="text"/>
Analizzatore multiparametrico selettivo	<input type="text"/>
Angiografia digitale computerizzata	<input type="text"/>
Apparecchio per densitometria ossea	<input type="text"/>
Apparecchio per emodialisi	<input type="text"/>
Apparecchio portatile per radiografia	<input type="text"/>
Broncoscopio	<input type="text"/>
Camera iperbarica	<input type="text"/>
Cardiorianimatore	<input type="text"/>
Cicloergometro	<input type="text"/>
Contaglobuli automatico differenziale	<input type="text"/>
Ecocardiografo	<input type="text"/>
Ecodoppler	<input type="text"/>
Ecotomografo	<input type="text"/>
Elettromiografo/Elettroneurografo	<input type="text"/>
Gamma camera computerizzata	<input type="text"/>
Incubatrice	<input type="text"/>

DOMANDA DI ADESIONE

ALL. 5-b

ATTREZZATURE

APPARECCHIATURE DI DIAGNOSI E CURA	N.
Lampada scialitica	<input type="text"/>
Laser ad eccimeri	<input type="text"/>
Litotritore	<input type="text"/>
Mammografo	<input type="text"/>
Monitor (controllo param. fisiol./funz.)	<input type="text"/>
Ortopantomografo	<input type="text"/>
PET - Tomografia ad emissione positroni	<input type="text"/>
RM - Risonanza magnetica < di 1,5 Tesla	<input type="text"/>
RM - Risonanza magnetica = o > di 1,5 Tesla	<input type="text"/>
Tavolo operatorio	<input type="text"/>
Tavolo telecomandato per app. radiologico	<input type="text"/>
TC - Tomografo assiale computerizzato	<input type="text"/>
Trocografo	<input type="text"/>
Ventilatore polmonare	<input type="text"/>
Altre (indicare): _____	<input type="text"/>
Totale	<input type="text"/>