**ANEXA 4**

**Instituția** (societatea, asociația, fundația, unitatea sanitară, alte forme de organizare)

............................................................................................................

**Către**

**Direcția de SănătatePublică a Municipiului Iasi**

**Director executiv/Serviciul asistență medicală și programe de sănătate**

**DECLARAȚIE  
pe propria răspundere pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu**

*(datele se completeaza cu majuscule)*

Subsemnatul(a), .........................................................................., încalitate de .............................…………………..al ....................................., cu sediulînlocalitatea ....................., str. .................................... nr. ...., sectorul ......., avândcodul fiscal ......................., declar următoarele pe propria răspundere, **cunoscând că declarațiile false sunt pedepsite conform legii**:

În sediul din localitatea……………...................................., str. ..............................................nr. ..., bl. …...., sc. ..., et. ..., ap. ...,,sectorul/județul ............, se desfășoară activitatea de dispecerat îngrijiri la domiciliu/activitățile, nr. telefon dispecerat……………………………………………….,**(cod CAEN) ....................** .

Sunt asigurate următoarele:

**1.** dispeceratul pentru îngrijiri la domiciliu deține dotări pentru păstrarea și accesarea documentelor medicale, de comunicare, specific domeniului de activitate: .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**2.** numărul personalului de specialitate autorizat după cum urmează:

......... medici, ..................... asistenți medicali, ................ fizioterapeuți, .............. psihologi, ............ logopezi, precum și alt personal după cum urmează: ...................;

…………………………………………….

…………………………………………

**3.** serviciile medicale furnizate la domiciliu*(conform art.8, NORME de funcționare ș iautorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu,Ordinul MS 2520):* ..............................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4.** la dispeceratul pentru îngrijiri la domiciliu sunt asigurate următoarele utilități:

Apă potabilă - DA/NU ...................................;

canalizare - DA/NU .......................................;

iluminat - natural/artificial (electric) - DA/NU....................................;

instalație termoficare (centrală/CT proprieetc.).................................;

**5.** alte detalii (de exemplu, contract CAS) .........................................;

**6.** descrierea activității ..............................................................................................................................................................................................................................

**Data............. Reprezentant legal………………………**

**Semnătura.................................**