

ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITA' S.O.I. S.r.l.
con socio unico

Sede legale: via dei Mille n. 35, 00185 - Roma
Tel. 06/87462891 – certificazioni@cerso.it
C.F. / P.IVA : 07111811001 - Capitale Sociale € 96.700,00



**RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE
PER GLI STUDI DI ANDROLOGIA**



Nota: inviare alla SIA via fax al n° 06.80660226 o all'indirizzo e-mail: sia@andrologiaitaliana.it

Sezione 1 – Identificazione del cliente

Denominazione:

Responsabile Andrologo:

Indirizzo:

Città:

C.A.P.

Tel.

Fax.

E-mail

Sedi secondarie:

(indicare indirizzo e ragione sociale)

Il cliente è interessato alla certificazione anche per le sedi secondarie?

si no

(barrare la casella che interessa)

ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITA' S.O.I. S.r.l.
con socio unico

Sezione 2 – Tipo di certificazione richiesta

- Certificazione di primo livello per Andrologia
- Certificazione di secondo livello per studio Andrologico con competenze specifiche (richiede il possesso contemporaneo anche dei requisiti richiesti per il primo livello) per:
 - Diagnosi e terapia delle disfunzioni sessuali maschili
 - Diagnosi e terapia dell'infertilità maschile e delle malattie sessualmente trasmesse

Sezione 3 – Certificazioni

Titolo di studio e Specializzazione ottenuti: _____

Ulteriori accreditamenti ottenuti (Master di 2° livello in andrologia):

Eventuale certificazione già in possesso del cliente: _____

Le evidenze di quanto dichiarato in questa sezione devono essere allegate in copia alla presente domanda.

Sezione 4 – Planimetria

Indicare, ove applicabile, il numero e la metratura, anche approssimativa, dei seguenti locali:

▪ camera visite	n° _____	m ² _____
▪ attesa paziente	_____	_____
▪ locale segreteria	_____	_____
▪ servizi	_____	_____

La planimetria completa della struttura con metratura e destinazione di ogni locale, deve essere a disposizione durante la verifica ispettiva per la certificazione.

Sezione 5 – Attrezzature ed Arredi

Indicare la tipologia di attrezzature e di arredi presenti presso la struttura:

ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITA' S.O.I. S.r.l.
con socio unico

Sezione 6 – Personale Medico

Indicare il numero ed i dati identificativi degli Andrologi che operano presso la struttura e che richiedono la certificazione:

- in organico _____
- esterni _____

Sez. 7 - Altro personale

Indicare il numero di personale impiegato nel settore:

- | | |
|--------------------|------------------------|
| ▪ Paramedico _____ | ▪ Amministrativo _____ |
| ▪ Tecnico _____ | ▪ Altro _____ |

Sezione 8 - Informazioni generali:

- a) Numero medio di visite per anno: < 100 fino a 500 fino a 1.000 oltre 1.000
- b) Numero massimo di ore di utilizzo giornaliero dei locali dello studio _____
- c) Numero di giorni a settimana dedicati alle visite _____
- d) Utilizzo delle schede paziente SIA? SI NO
- e) Utilizzo dei consensi informati SIA? SI NO

Compilato da _____ Qualifica _____ Data _____

Dichiaro che in data odierna risultano già soddisfatti i requisiti previsti dalle Specifiche CERSOI/SIA relative alla certificazione richiesta.

Dichiaro di aver preso visione del regolamento CERSOI relativo alla certificazione richiesta.

ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITA' S.O.I. S.r.l.
con socio unico

Autorizzo la Cersoi S.r.l. al trattamento dei dati personali in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. 30 giugno 2003, n° 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Firma _____

Nota: la certificazione CERSOI è subordinata al regolare possesso da parte dei Centri Andrologici delle autorizzazioni di legge.

SPAZIO RISERVATO ALLA SIA

Il cliente _____ ha correttamente presentato richiesta di

certificazione alla SIA, che controllati i titoli e le qualifiche iniziali, invia alla CERSOI S.r.l. questo modello appositamente compilato, insieme agli allegati forniti a supporto, perché funga da richiesta per attivare tutte le attività legate al rilascio della certificazione per andrologia richiesta.

Data, _____

Per la SIA _____