

MODELO DE CERTIFICADO DE INSTALACIONES Y SEGURIDAD
POSTERIOR A LA FINALIZACIÓN DE LAS OBRAS

EL TECNICO COMPETENTE QUE INFORMA Y CERTIFICA

NOMBRE Y APELLIDOS	
Nº COLEGIADO	
COLEGIO OFICIAL	

A SOLICITUD DE

NOMBRE Y APELLIDOS	
NOMBRE DEL CENTRO	
TITULARIDAD DEL CENTRO	
DIRECCIÓN DEL CENTRO	

En cumplimiento del **Decreto 106/2004**, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón con el marco de apoyo en el **Real Decreto 1277/2003**, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, la **Orden de 8 de marzo de 2006**, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regulan los requisitos mínimos para la autorización de centros quirúrgicos en la Comunidad Autónoma de Aragón y la **Orden SAN/1017/2023**, del Departamento de Sanidad, por la que se regulan los requisitos técnicos complementarios para la autorización de centros y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón y sus respectivas correcciones de errores.

De acuerdo con sus competencias **INFORMA** que:

Se dispone de Instalación eléctrica de baja tensión.		
Se dispone de protección contra incendios.		
Los suelos y las paredes son lisos , de materiales no porosos que soportan su limpieza y desinfección.		
Indicar la naturaleza de los suelos:		
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dispone de Calefacción
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dispone de Combustibles
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dispone de aparatos de aire comprimido
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dispone de ascensor propio
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Es un centro ya en funcionamiento y que le resulta de aplicación la Disposición transitoria única de la norma
Se especifican, si hay, otras instalaciones:		

Que los siguientes aspectos, cumplen (señalar Si) lo que se indica o señalar NP cuando no proceda el requisito:

Si <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	Las zonas de exploración y tratamiento disponen de lavamanos de agua corriente.
Si <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	En las zonas dedicadas a cirugía menor y técnicas asimilables : Los suelos no son de madera o de sustratos de madera (MHD, HDF) y no tienen juntas porosas . Lavamanos con grifo monomando de palanca larga, pulsador de pie o célula eléctrica que se pueda utilizar sin usar las manos.
Si <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	Además de lo señalado en los dos epígrafes anteriores, en las zonas de cirugía mayor ambulatoria y hospitalaria: Se cumplen los requerimientos específicos del Anexo II de la Orden de 08/03/2006.
Si <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	En las salas que disponen de Laser/IPL: Están dotadas de sistemas de bloqueo que impiden el acceso accidental a las mismas en el momento de la emisión láser. Las superficies de la sala son antireflectantes y no existen materiales inflamables en la sala.
Si <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	Accesibilidad y adaptación de WC (según criterios de aplicación de la Orden SAN/1017/2023)

Que, para garantizar una VENTILACIÓN adecuada, se dispone de ventilación que cumple lo establecido en el **apartado 2 del anexo I de la ORDEN SAN/1017/2023 de 28 de julio, por la que se regulan los requisitos técnicos complementarios para la autorización de centros y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón.**

Tipos de ventilación:

<input type="checkbox"/>	FORZADA Aportar Anexo justificativo de su cumplimiento para cada tipo de sala y/o zona en función de su factor de ocupación, identificando máquinas de ventilación, filtros, conductos, elementos modificadores de caudales y rejillas.
<input type="checkbox"/>	NATURAL Indicar las dimensiones de ventanas, puertas y elementos de ventilación de cada sala y/o zona, así como aportar el protocolo de ventilación previsto para cada sala en función de su factor de ocupación.

Adjuntar PLANO de las instalaciones de ventilación con las superficies útiles en m2, señalando la finalidad de cada sala o zona.

A la vista de todo lo anterior **CERTIFICA** que:

Las instalaciones arriba referenciadas cumplen con la normativa vigente en materia de instalaciones y seguridad.

Fecha y Firma del Técnico Competente que certifica

VISADO por el Colegio profesional