

**DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE
SANITARIE E SOCIO SANITARIE
(L.R. n. 32/2007 ss.mm.ii.)**

ALLEGATO 1/M
Mod. Acc. Ist.

Al Dipartimento Sanità
dpf@pec.regione.abruzzo.it

Regione Abruzzo
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA

Marca da bollo

da € 16,00

A

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n° _____
Codice Fiscale n°: _____ Telefono n° _____
PEC _____

B

titolare legale rappresentante della: Società Ente Azienda Studio

Partita IVA _____ con Sede in _____ Prov.()

Via _____ n° _____

CHIEDE:

il rilascio dell'accreditamento istituzionale

il rinnovo dell'accreditamento istituzionale a seguito del bando n. _____ del _____

C

Per: **Presidio** **Ambulatorio** **Studio**

Denominato (1): _____

Sito nel Comune di _____

Via / P. zza _____ n. _____

Tipologia di struttura : _____

n. P.L./prestazioni _____

N.B. Va indicato l'esatto numero di P.L./trattamenti giornalieri, eventuale numero delle prestazioni per ambulatori.

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara, ai sensi del DPR n.445/200, che:

- per il Presidio, Ambulatorio, Studio è stata rilasciata l'autorizzazione definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria (art 4 della L.R. n. 32/2007 ss.mm.ii.)
- che il Presidio, Ambulatorio, Studio possiede i requisiti di accreditamento come indicati nel manuale di accreditamento
- che la direzione sanitaria/responsabilità¹ è affidata al:

Dott. _____

nato il _____ Laureato in _____

il _____ presso l'Università degli studi di _____

specialista in _____

iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____

il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Data: _____

Firma del Direttore Sanitario/Responsabile

Firma del Titolare o Legale rappresentante

II/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data

Firma _____

ALLEGATO A Alla Domanda Di Rilascio Accreditamento

STRUTTURE: RESIDENZE EXTRAOSPEDALIERE				
TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Posti Letto autorizzati all'esercizio	Posti Letto residenziali da Accreditare	Posti Letto semi-residenziali da Accreditare	Attività Ambulatoriale da Accreditare
<i>RESIDENZE PER ANZIANI NON-AUTOSUFFICIENTI-DISABILI-DEMENTE</i>				
<i>RESIDENZE PSICHIATRICHE-RESIDENZE PER L'AUTISMO</i>				
<i>RESIDENZE RIABILITATIVE</i>				
<i>RESIDENZE PER DIPENDENZE PATOLOGICHE</i>				
<i>ALTRO</i>				

**COMPILAZIONE DELLA DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO
DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE
(L.R. n.32/2007 e ss.mm.ii.)**

La domanda di accreditamento ai sensi della L.R. n.32/2007 e ss.mm.ii. va debitamente datata e firmata dal Direttore Sanitario/Responsabile Sanitario e dal Titolare del Presidio, Ambulatorio, Studio o dal suo Legale Rappresentante e trasmessa al Dipartimento Sanità all'indirizzo PEC dpf@pec.regione.abruzzo.it.

La stessa deve essere prodotta in copia unica e contenere **l'Allegato A**, debitamente compilato, per le tipologie di strutture indicate in quest'ultimo.

Il riquadro A della domanda deve essere sempre compilato integralmente. La domanda deve essere sottoscritta dal titolare del Presidio, Ambulatorio, Studio o dal suo Legale Rappresentante. In caso di studi associati libero-professionali la domanda deve essere sottoscritta da uno dei soci delegato a sottoscrivere da parte di tutti gli altri soci. Copia della delega alla firma va allegata alla domanda.

Il riquadro B deve essere sempre compilato in tutte le parti di interesse.

Il riquadro C deve essere compilato in tutte le parti di interesse indicando.

al punto (1) la denominazione del Presidio, Ambulatorio, Studio.

al punto (2) specificare la tipologia di struttura e relativo regime.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

- 1. Copia dell'autorizzazione definitiva all'esercizio** dell'attività sanitaria o socio sanitaria, rilasciata dal Comune competente per territorio **ai sensi della dell'art.4 della L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii.**
- 2. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 DPR 445/2000 e s.m.i, firmata dal suo Legale Rappresentante o dal Responsabile della Struttura, contenente altresì la dichiarazione di conformità al possesso dei requisiti per l'accREDITamento (**Allegato 2/M**).
- 3. Copie fotostatiche del Manuale di AccredITamento** contenente i requisiti comuni e specifici del setting di cui si fa richiesta di accREDITamento, firmate singolarmente con l'indicazione (segnando con una X la casella del SI) del possesso dei relativi requisiti.
- 4. Copia fotostatica di un documento di identità** in corso di validità dei sottoscrittori della domanda.