

Estremi della marca da bollo digitale  
(all 8)  
oppure  
spazio per marca da bollo  
oppure  
esente (all 9)

Alla REGIONE MARCHE  
Dipartimento Salute  
Dirigente Settore Autorizzazioni e Accreditamenti  
PEC: [regione.marche.accreditamentistrutture sanitarie@emarche.it](mailto:regione.marche.accreditamentistrutture sanitarie@emarche.it)

## DOMANDA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

per le strutture di cui all'art. 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2) ai sensi dell'art. 17 L.R. 21/2016

Il/la sottoscritto/a :

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nella sua qualità di: *(indicare la corretta ragione sociale del soggetto giuridico)*

- Legale rappresentante della **STRUTTURA PRIVATA**       MULTISEDE PRODUTTIVA  
 Legale rappresentante della **STRUTTURA PUBBLICA**      (per Laboratori)

Ragione sociale \_\_\_\_\_

con sede legale in Via / P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Forma giuridica \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

### CHIEDE

#### Accreditamento istituzionale

- LIVELLO BASE: Evidenze TIPO I e II**  
 con impegno entro \_\_\_\_\_ mesi (*max 12*) al raggiungimento **EVIDENZE TIPO III**  
 con impegno entro \_\_\_\_\_ mesi (*max 12*) al raggiungimento **EVIDENZE TIPO IV**  
*oppure*
- LIVELLO AVANZATO: Evidenze TIPO I e II e III**  
 con impegno entro \_\_\_\_\_ mesi (*max 12*) al raggiungimento **EVIDENZE TIPO IV**  
*oppure*
- LIVELLO ECCELLENTE: Evidenze TIPO I e II e III e IV**

Per i laboratori: in caso di laboratorio multisede (produttiva e/o con punti prelievo),  
**COMPILARE QUESTA SCHEDA PER OGNI SEDE.**

della **struttura denominata:** \_\_\_\_\_  
sita nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
Via / P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

che eroga le seguenti prestazioni:

ORPS	Codice tipologia (rif. Reg. 1/2018)	N° posti letto	N° posti

**In regime:**

- ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno
- residenziale,
- semiresidenziale,

che eroga le seguenti prestazioni:

ORPS	Codice tipologia (rif. Reg. 1/2018)

**In regime:**

- ambulatoriale
- termale
- studio

già autorizzata all'esercizio, così come previsto dall'art. 9 della L.R. 21/2016, con provvedimento n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

#### A TAL FINE

ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445), sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

- che la struttura possiede i requisiti di accreditamento, in conformità a quanto previsto nel vigente Manuale di Accreditamento, integrato con la DGR 1263/23, relativi al:
  - livello BASE:** evidenze I e II, con allegato cronoprogramma per le evidenze III e IV;
  - livello AVANZATO:** evidenze I, II, III con allegato cronoprogramma per le evidenze IV;
  - livello ECCELLENTE:** evidenze I, II, III, IV.

#### inoltre, DICHIARA,

- di essere a conoscenza (rif. *Paragrafo 3 del vigente Manuale di Accreditamento*) che l'accertamento del mancato possesso anche di una sola evidenza del III tipo autodichiarata o del IV tipo autodichiarata, comporterà, previa diffida, la revoca dell'accreditamento di livello Base, nonché:
  - **per le strutture private**, la comunicazione al committente pubblico per gli effetti relativi all'elenco degli inseribili a contrattualizzazione con il SSR;
  - **per le strutture pubbliche**, la sospensione delle attività e la comunicazione alla struttura regionale competente per la procedura di cui all'art. 3 bis del D.Lgs 502/1992, ai fini della decadenza dal ruolo del responsabile.
- di essere a conoscenza della improcedibilità della richiesta di accreditamento e della sospensione/revoca del riconoscimento derivanti dalla non veridicità di uno o più punti della dichiarazione resa, accertata ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i
- di essere a conoscenza, inoltre, che la Regione Marche provvederà agli adempimenti previsti dalla legge nei casi di presentazioni di dichiarazioni non veritiere alla P.A.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante \_\_\_\_\_  
(per esteso)

Il/I sottoscritto/i dichiara/no inoltre, ai sensi dell'art. 13 e art. 23 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii., di essere informato/i che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante \_\_\_\_\_  
(per esteso)

Allegati obbligatori:

- 1) *Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi generali, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 v. Allegato 1a) e Allegato 1b);*
- 2) *Cronoprogramma per le Evidenze di III tipo;*
- 3) *Cronoprogramma per le Evidenze di IV tipo;*
- 4) *Dichiarazione dei servizi/prestazioni alla persona esternalizzati;*
- 5) *Per i Laboratori analisi dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 46 e 47 del DPR 445/2000) attestante di aver raggiunto la soglia minima di attività;*
- 6) *copia autorizzazione all'esercizio rilasciata dal Comune;*
- 7) *documento di identità in corso di validità del legale rappresentante e dei soggetti di cui all'allegato 1a);*
- 8) *Copia versamento bollo digitale;*
- 9) *Per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 46 e 47 del DPR 445/2000) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede;*
- 10) *SCHEDE REQUISITI di cui al Manuale vigente sottoscritte e autodichiarate, integrate con i requisiti della DGR 1263/2023 (art. 46 e 47 del DPR 445/2000).*
- 11) *Per i Centri Trasfusionali e UDR compilare l'apposito Modello integrativo*