

**MODELLO DI DOMANDA PER IL RILASCIO DELL' ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE  
SANITARIE E SOCIO-SANITARIE AI SENSI DELLA LR 20/2000**

**Mod. ACCR IST** (vers 2015)

Al Dirigente del Servizio Sanità  
Regione Marche  
Via Gentile Da Fabriano, 3  
60126 Ancona

**A**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**B**

In qualità di:  titolare  legale rappresentante  
della:  Società  Ente  Azienda  Studio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_ con Sede legale in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Chiede il rilascio:

- dell'accreditamento istituzionale (art 16 LR 20/2000)**
- dell'accreditamento temporaneo (art 18 LR 20/2000)**
- dell'accreditamento provvisorio (art 25 LR 20/2000)**

**C**

Per:  la Struttura  lo Studio  
Denominata /o (1): \_\_\_\_\_  
che eroga prestazioni (2): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
in regime (3): \_\_\_\_\_ con una dotazione di n. (4): \_\_\_\_\_ posti letto  
Sita/o nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via / P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A tale scopo, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000 n. 445, 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 per **la/le strutture / lo studio (\*)** è stata rilasciata l'autorizzazione definitiva o provvisoria all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria (art.8 e art.24 della LR 20/2000), così come previsto dagli art.16 e 25 della LR 20/2000, num. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ oppure è stata presentata domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria (art 8 della LR 20/2000), così come previsto dall'art. 18 della LR 20/2000;

➤ che per **la/le strutture / lo studio** (\*) possiedono i requisiti di accreditamento come indicato nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto previsto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento;

➤ che la **direzione sanitaria / responsabilità** (\*) è affidata al Dott. \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ Laureato in \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
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.**

**Allega inoltre alla domanda la necessaria documentazione, così come specificato nelle istruzioni per la compilazione della stessa.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Direttore sanitario : \_\_\_\_\_  
(per esteso)

Firma del Titolare o Legale rappresentante: \_\_\_\_\_  
(per esteso)

(\*) *Cancellare la voce che non interessa*

La domanda di accreditamento, ai sensi degli art. 16, 18 e 25 della LR 20/2000, va presentata unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento.

*La stessa deve essere prodotta in copia unica.*

**Il riquadro A** deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

**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 della Struttura/Ente/Azienda/Studio;

**al punto (2)** la tipologia delle prestazioni che vengono erogate così individuate:

nel regime ambulatoriale:

- 1) specialistiche mediche
- 2) specialistiche chirurgiche
- 3) odontoiatriche
- 4) diagnostiche di laboratorio (specificare se punto di prelievi)
- 5) diagnostiche per immagini
- 6) di recupero e rieducazione funzionale (Presidi)
- 7) di riabilitazione (Centri)
- 8) di dialisi
- 9) di terapia iperbarica
- 10) di salute mentale
- 11) di consultorio familiare
- 12) di trattamento delle tossicodipendenze
- 13) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale (in particolare: Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici);
- 3) psichiatriche
- 4) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 5) residenze sanitarie medicalizzate;
- 6) residenze sanitarie terapeutiche;
- 7) residenze sanitarie riabilitative;
- 8) residenze sanitarie assistenziali;
- 9) nuclei di assistenza residenziale (N.A.R.) all'interno di strutture protette;
- 10) di cure palliative (hospice)

nel regime termale

- 1) idropiniche
- 2) inalatorie
- 3) balneoterapiche
- 4) fangoterapiche
- 5) altre

*al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale, termale.*

*al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali;*

*La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario o comunque dal sanitario responsabile e dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.*

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

- copia della carta di identità del legale rappresentante che sottoscrive la domanda e le dichiarazioni.
- dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi generali, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 (v. Allegati sub A2 e sub A3);
- elenco delle prestazioni /servizi esternalizzati, con denominazione della struttura che le effettua (o dichiarazione dell'assenza)
- autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento costituita da: una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (contenuta nel modulo della domanda stessa) firmata dal Responsabile della struttura organizzativa con allegate copie fotostatiche del Manuale di Accreditamento autocomplete e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di accreditamento (occorre precisare che le parti specifiche inserite nel Manuale non contemplano tutte le discipline esistenti in ambito regionale, perciò le strutture che non dovessero trovare rappresentata nel Manuale la loro parte specifica (in particolare alcune tipologie di degenze e di ambulatori) dovranno possedere e quindi autocompilare soltanto le parti generali, ad es. ADEG e AMBG, relative);
- apposita scheda per lettura ottica compilata, relativa alle aree di intervento su cui si intende chiedere l'accreditamento;
- documenti attestanti il possesso dei requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco;
- per ogni singola Struttura/Studio: copia dell'atto di autorizzazione provvisoria o definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, rilasciato dal Comune competente per territorio, oppure copia della domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, ai sensi dell'art. 18 della LR 20/2000.

Ulteriore documentazione potrà essere richiesta nel corso dell'istruttoria per la verifica di accreditamento.