

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.accreditamentistrutturesanitarie@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 con riferimento ai requisiti previsti dal manuale Regionale di accreditamento di cui alla D.G.R. n. _____ del _____

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

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

con autorizzazione all'esercizio in corso di rilascio

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 o marca da bollo annullata con segno grafico;*
- 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;*
- 12) *Per le sole strutture residenziali e semiresidenziali copia dell'eventuale convenzione con il SSR.*