

Estremi della marca da bollo digitale
(all 8)

oppure

spazio per marca da bollo

oppure

esente (all 9)

Al Dirigente della PF Accreditamenti
-Servizio Sanità-
REGIONE MARCHE

PEC: 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 di una **STRUTTURA PRIVATA**

Legale rappresentante di una **STRUTTURA PUBBLICA**

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

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, tipologia destinatari (rif. All.C Reg. 1/2018): A B C D E
 semiresidenziale, tipologia destinatari (rif. All.C Reg. 1/2018): A B C D E

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, 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 (art. 46 e 47 del DPR 445/2000)