

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO E DI MODIFICA DELLA
CLASSE DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE
(Art. 6 L.R. 32/2007)

Mod. Acc. Ist. 01

Al Direttore della Direzione Sanità Regionale
Regione Abruzzo, Via Conte di Ruvo 74, 65127 Pescara

A

Il/la sottoscritto/a _____		
nato/a a _____	Prov. di _____	il _____
residente a _____	Via _____	n° _____
codice fiscale n° _____	Telefono n° _____	

B

<input type="checkbox"/> titolare <input type="checkbox"/> legale rappresentante della <input type="checkbox"/> Società <input type="checkbox"/> Ente <input type="checkbox"/> Azienda <input type="checkbox"/> Studio
partita IVA _____ con Sede in _____
Via _____ n° _____

Chiede il rilascio:

dell'accREDITAMENTO istituzionale

della modifica della classe di accREDITAMENTO da _____ a _____

C

Per: <input type="checkbox"/> il Presidio <input type="checkbox"/> l'Ambulatorio <input type="checkbox"/> lo Studio Medico
Denominato (1) _____
sito nel Comune di _____
Via/Piazza _____ N° _____
Tipologia di struttura (2): _____
la cui configurazione è riportata nell'allegato A alla presente domanda debitamente compilato ed accluso alla presente.
N.B. Va indicato l'esatto numero dei Posti Letto ove presenti. Per servizio ed ambulatori la presenza va indicata con un "SI" o con un "NO"

a tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

-che per il Presidio, Ambulatorio, Studio Medico (*) è stata rilasciata l'autorizzazione definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, oppure è stata presentata domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria (art. 4 della L.R. n. 32/2007) ;

-che la struttura si trova nelle condizioni di accreditamento predefinitivo di cui alla lettera a) comma 1 art. 12 della L.R. N° 32/2007;

-che per il Presidio, Ambulatorio, Studio Medico (*) possiede 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 _____

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.

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

Data _____

Firma del Direttore Sanitario _____

Firma del Titolare o Rappresentante Legale _____

(*) Cancellare la voce che non interessa