



2 – DATI DELLA DITTA / IMPRESA / SOCIETA' / ENTE

Denominazione (nome della ditta/impresa/società/ente)

\_\_\_\_\_

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

codice fiscale / p. IVA \_\_\_\_\_

- con SEDE LEGALE in:

Comune \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| Stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|

Telefono fisso / cell. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

E-mail ordinaria \_\_\_\_\_

- con SEDE ORGANIZZATIVA in:

Comune \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| Stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|

Telefono fisso / cell. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

E-mail ordinaria \_\_\_\_\_

ASL di riferimento territoriale \_\_\_\_\_

la sede ORGANIZZATIVA coincide con la SEDE OPERATIVA: si  no  compilare il punto successivo

- con SEDE OPERATIVA in:

Comune \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| Stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|

Telefono fisso / cell. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

E-mail ordinaria \_\_\_\_\_

ASL di riferimento territoriale \_\_\_\_\_

**3 – DICHIARAZIONI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara di disporre della SEDE ORGANIZZATIVA a titolo di:

- proprietario con Atto n. \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- conduttore con contratto di locazione del \_\_\_\_\_ registrato il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al n. \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_
- concessionario con contratto n. \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| per n. \_\_\_\_\_ anni dal |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- altro (specificare tipologia e atto) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara di disporre della SEDE OPERATIVA a titolo di:

- proprietario con Atto n. \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- conduttore con contratto di locazione del \_\_\_\_\_ registrato il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al n. \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_
- concessionario con contratto n. \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| per n. \_\_\_\_\_ anni dal |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- altro (specificare tipologia e atto) \_\_\_\_\_

Note:

.....  
.....  
.....

**4 – RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI CURE DOMICILIARI  
FINALIZZATA ALL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

SI CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI  
NEL TERRITORIO DELLA/DELLE SEGUENTE/SEGUENTI ASL:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale Città di Torino | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 3 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 4 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 5            | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AL   | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AT   |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale BI              | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 1 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 2 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale NO              | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VC   | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VCO  |

per le seguenti tipologie di attività:

---

---

---

---

TRA LE PRESTAZIONI DI CURE DOMICILIARI PER LE QUALI SI CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE  
VIENE EFFETTUATO ANCHE IL PRELIEVO A DOMICILIO:

- NO
- SI: il laboratorio di analisi è il seguente: \_\_\_\_\_

NELLA SEDE ORGANIZZATIVA SI SVOLGONO ULTERIORI ATTIVITA':

NO                       SI  tali prestazioni sono di:

ambulatorio medico specialistico:

-autorizzato con atto \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| | oppure  
-autorizzazione richiesta presso \_\_\_\_\_ il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| |  
per le seguenti branche: \_\_\_\_\_

ambulatorio infermieristico:

-autorizzato con atto \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| | oppure  
-autorizzazione richiesta presso il Comune di \_\_\_\_\_ il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| |

punto prelievo

-autorizzato con atto \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| | oppure  
-autorizzazione richiesta presso la Regione Piemonte il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| |

NELLA SEDE OPERATIVA SI SVOLGONO ULTERIORI ATTIVITA':

NO

SI  tali prestazioni sono di:

ambulatorio medico specialistico:

-autorizzato con atto \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_| oppure  
-autorizzazione richiesta presso \_\_\_\_\_ il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|  
per le seguenti branche: \_\_\_\_\_

---

ambulatorio infermieristico:

-autorizzato con atto \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_| oppure  
-autorizzazione richiesta presso il Comune di \_\_\_\_\_ il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

punto prelievo

-autorizzato con atto \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_| oppure  
-autorizzazione richiesta presso la Regione Piemonte il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

Il richiedente, con la sottoscrizione dell'istanza:

i. dichiara di possedere i requisiti autorizzativi, strutturali, tecnologici, organizzativi previsti dalle disposizioni per l'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO delle cure domiciliari, di cui all'Allegato A) dell'atto di approvazione della presente modulistica,

ii. se l'operatore richiedente svolge prelievi domiciliari, si impegna a fornire una dichiarazione da parte del laboratorio di analisi di riferimento al quale si rivolge con l'indicazione delle responsabilità anche in termini di corretta esecuzione, conservazione, trasporto dei campioni biologici, e certificazione dei referti.

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

Firma del richiedente

---

5 – RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

SI CHIEDE L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE PRESSO IL DOMICILIO DEL PAZIENTE NEL TERRITORIO DELLA/DELLE SEGUENTE/SEGUENTI ASL:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale Città di Torino | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 3 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 4 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 5            | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AL   | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AT   |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale BI              | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 1 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 2 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale NO              | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VC   | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VCO  |

per le seguenti tipologie di attività:

---

---

---

---

NELLE CURE DOMICILIARI PER LE QUALI SI CHIEDE L'ACCREDITAMENTO VIENE EFFETTUATO ANCHE IL PRELIEVO A DOMICILIO:

NO

SI: il laboratorio di analisi è il seguente: \_\_\_\_\_

NELLA SEDE ORGANIZZATIVA SI SVOLGONO ULTERIORI ATTIVITA' IN ACCREDITAMENTO:

NO

SI  tali prestazioni sono di:

ambulatorio medico e specialistico:

-accreditato con atto \_\_\_\_\_

del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| | oppure

-accreditamento richiesto presso la Regione Piemonte

il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| |

per le seguenti branche: \_\_\_\_\_

punto prelievo

-accreditato con atto \_\_\_\_\_

del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| | oppure

-accreditamento richiesto presso la Regione Piemonte

il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| |

LA STRUTTURA RICHIEDENTE E' GIA' ACCREDITATA PER LE SEGUENTI ATTIVITA':

- struttura residenziale socio-assistenziale denominata \_\_\_\_\_  
accreditata con atto \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- struttura di ricovero acuzie / post-acuzie denominata \_\_\_\_\_  
accreditata con atto regionale \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- struttura ambulatoriale denominata \_\_\_\_\_  
accreditata con atto regionale \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
per le seguenti branche specialistiche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- altra struttura denominata \_\_\_\_\_  
accreditata con atto \_\_\_\_\_ del |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
per \_\_\_\_\_

Il richiedente, con la sottoscrizione dell'istanza:

- i. dichiara il possesso dei requisiti previsti per l'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE delle cure domiciliari, corredando la domanda di una relazione che illustri le modalità con cui ottempera a tutti i punti relativi ai requisiti di accreditamento contenuti nell'Allegato A) dell'atto di approvazione della presente modulistica,
- ii. se l'operatore richiedente svolge prelievi domiciliari, si impegna a fornire una dichiarazione da parte del laboratorio di analisi di riferimento al quale si rivolge con l'indicazione delle responsabilità anche in termini di corretta esecuzione, conservazione, trasporto dei campioni biologici, e certificazione dei referti,

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

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

## 6 – INVIO DELL’ISTANZA

La richiesta di autorizzazione all’esercizio con accreditamento istituzionale va inviata alla PEC:

[regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it](mailto:regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it)

specificando in oggetto:

**“CURE DOMICILIARI-RICHIESTA AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO”**

**entro il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione dell’avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte**

e inviata contestualmente, per conoscenza, alla ASL territorialmente competente.

Si fa presente che l’elenco delle strutture accreditate potrà essere in ogni tempo aggiornato in esito alla presentazione, anche successivamente alla scadenza del termine sopra indicato, di nuove istanze di accreditamento in conformità alla modulistica allegata.

## 7 – DA ALLEGARE ALLA ISTANZA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

1. relazione sintetica attestante le modalità con cui il richiedente ottempera a tutti i punti relativi ai requisiti di ACCREDITAMENTO di cui all’Allegato A) del presente avviso
2. fotocopia di un documento di identità in corso di validità
3. nell’ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla richiesta di accreditamento
4. planimetria (in formato pdf e in scala non inferiore a 1:200) delle sedi operativa ed organizzativa con evidenziati gli spazi oggetto dei requisiti corrispondenti al tipo di richiesta
5. autocertificazione resa ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 circa l’assenza di condanne penali in capo al richiedente l’accreditamento e, nel caso di persone giuridiche, al rappresentante legale della struttura e agli amministratori ovvero l’elenco delle stesse e di eventuali riabilitazioni
6. autocertificazione resa dai soggetti interessati, ai sensi dell’art. 89 del D.lgs. n. 159 del 6 settembre 2011 e smi, circa l’inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’articolo 67 del medesimo decreto legislativo



## 8 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informato 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 ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ex D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e s.m.i ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

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

Firma del richiedente

---