

2 – DATI DELLA DITTA/SOCIETÀ/IMPRESA/ENTE

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

Forma giuridica _____

codice fiscale / p. IVA _____

con sede legale in:

Comune _____ prov. |__|__| Stato _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|__|

Telefono fisso / cell. _____ fax. _____

PEC _____

Altro domicilio elettronico per invio delle comunicazioni inerenti la pratica

3 – DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a, **sotto la propria responsabilità**, dichiara che:

- dispone della struttura sanitaria oggetto della presente richiesta di accreditamento 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 _____

altro (specificare tipologia e atto) _____

- è titolare dell'Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria rilasciata da _____ con atto _____
n. _____ del _____ per le seguenti attività ambulatoriali (dettagliare specialità ambulatoriali):

Note:

.....

.....
.....
4 – RICHIESTA ATTIVITA' SANITARIA ACCREDITABILE

STRUTTURA SANITARIA denominata

SITA NEL COMUNE DI PROV.

INDIRIZZO

ORARI DI APERTURA

.....

ATTIVITÀ OGGETTO DELLA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

STRUTTURA AMBULATORIALE nelle sottoelencate branche specialistiche:

codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità

STRUTTURA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA nelle sottoelencate branche specialistiche:

codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità
codicespecialità

Il sottoscritto si impegna inoltre ad aderire al FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) con la condivisione dei dati e dei documenti di tipo sanitario e socio-sanitario

AL FINE DI EFFETTUARE LE VERIFICHE RICHIESTE DALL'ALLEGATO A) DEL D.M. 19 DICEMBRE 2022, È NECESSARIO:

- ◆ Attestare le MISURE/PROCEDURE ADOTTATE per la SICUREZZA DELLE PRESTAZIONI E LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO
 - ◆ Attestare le MISURE/PROCEDURE ADOTTATE per garantire la TRASPARENZA dell'attività, ivi compresa la gestione delle LISTE DI ATTESA
 - ◆ Possedere una VALIDA ED IDONEA COPERTURA ASSICURATIVA o altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera
 - ◆ Indicare le ATTREZZATURE UTILIZZATE in relazione alla branca specialistica da accreditare, con descrizione dei dati generali del bene (tipologia, marca/modello, caratteristiche tecniche, azienda produttrice e anno di fabbricazione)
-

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

◆ Indicare i VOLUMI DI ATTIVITÀ con riferimento agli ultimi tre anni (2020-2021-2022) (volumi complessivi e volumi relativi alle branche specialistiche richieste)

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

In caso di contrattualizzazione delle attività sanitarie ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e smi la struttura si impegna ad assicurare:

- la condivisione con le AA.SS.LL. di parte delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro unico di prenotazione regionale;
- l'adesione al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la condivisione dei dati e dei documenti di tipo sanitario e socio-sanitario

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 smi ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Data _____

Firma del richiedente

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- relazione sintetica attestante i seguenti elementi informativi:
 - misure/procedure adottate per la sicurezza delle prestazioni e la riduzione del rischio clinico
 - coperture assicurative o altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera
 - misure adottate per garantire la trasparenza dell'attività, ivi compresa la gestione delle liste di attesa delle prestazioni
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla richiesta di accreditamento
- planimetria (in formato pdf e in scala non inferiore a 1:200) della struttura con evidenziati: l'area oggetto di richiesta di accreditamento, gli accessi da e verso l'esterno, destinazioni d'uso delle aree confinanti
- copia dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria di cui si richiede l'accreditamento rilasciata dai competenti Enti
- 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
- 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