



**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL' ACCREDITAMENTO E DI MODIFICA DELLA CLASSE
DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE (ART. 6
L.R. n. 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

titolare legale rappresentante della: Società Ente Azienda Studio

 Partita IVA _____ con Sede in _____
 Via _____ n° _____

Chiede il rilascio:

dell'accreditamento istituzionale

della modifica della classe di accreditamento da _____ a _____

C

Per: il Presidio l'Ambulatorio lo Studio Medico
 Denominato (1): _____
 Sito nel Comune di _____
 Via / P. zza _____ 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 di P.L. ove presenti.
 Per servizi 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 nella condizione di accreditamento predefinitivo di cui alla lettera a) comma 1 art. 12 della L.R. n. 32/2007;
- > che 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 a:

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 Legale rappresentante

(*) Cancellare la voce che non interessa

