

## MODULISTICA

Marca da bollo

FAC-SIMILE **MOD. ACCR-CD**

### DOMANDA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II E III LIVELLO, AI SENSI DELLA DGR 06/2023.

Il/la sottoscritto/a

Cognome .....

Nome .....

Nato/a a .....(.....) il ...../...../.....

Residente a .....(.....)

Via/Piazza

.....n.....

Codice Fiscale: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tell/Cell ..... e-mail .....

nella sua qualità di: *(indicare la corretta ragione sociale del soggetto giuridico)*

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PRIVATA

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

Comune di .....(.....) CAP .....

Forma Giuridica .....

Partita IVA 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(in caso di assenza della partita IVA, indicare il Codice Fiscale dell'organizzazione)

PEC .....

E-Mail .....

Recapito telefonico .....

## CHIEDE

L'accreditamento istituzionale di livello:

BASE

EVIDENZE DI TIPO I

Con impegno entro \_\_\_\_\_ mesi (max 12) al raggiungimento EVIDENZE TIPO II

Con impegno entro \_\_\_\_\_ mesi (max 12) al raggiungimento EVIDENZE TIPO III

AVANZATO

EVIDENZE DI TIPO II

Con impegno entro \_\_\_\_\_ mesi (max 12) al raggiungimento EVIDENZE TIPO III

ECCELLENTE

EVIDENZE DI TIPO I, II, III

ai sensi della DGR 06/2023 per l'organizzazione denominata

.....

con sede nel Comune di .....

Via/Piazza ..... n. .... int .....

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... Sub .....

che eroga cure domiciliari

di livello base,  di I livello,  di II livello,  di III livello.

## COMUNICA

- di essere in possesso di autorizzazione all'esercizio, con provvedimento n..... del ...../...../.....
- di essere in possesso, per le prestazioni oggetto della presente domanda, del codice ORPS .....

## A TAL FINE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese sia dal legale rappresentante che dal Direttore/Responsabile per quanto di competenza:

## DICHIARA

- che la struttura possiede i requisiti di accreditamento, in conformità a quanto previsto nel vigente Manuale di Accreditamento, relativi al:
  - livello BASE: evidenze di tipo I, con allegato cronoprogramma per le evidenze di tipo II e III;
  - livello AVANZATO: evidenze di tipo II con allegato cronoprogramma per le evidenze del tipo III;
  - livello ECCELLENTE: evidenze del tipo I, II e III.

- di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa;
- di essere a conoscenza che l'accertamento del mancato possesso anche di una sola evidenza del tipo II e III autodichiarata comporterà, previa diffida, la revoca dell'accreditamento di base, nonché:
  - per le organizzazioni private, la comunicazione al committente pubblico per gli effetti relativi all'elenco degli inseribili a contrattualizzazione con il SSR;
  - per le organizzazioni 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.;

Firma del Legale Rappresentante

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

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso

**Allegati obbligatori:**

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, del legale rappresentante della struttura;
2. Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi generali, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 v. Allegato 1b.1 e Allegato 1b.2
3. Dichiarazione dei servizi/prestazioni alla persona esternalizzati v. Allegato 1b.3;
4. Schede del Manuale regionale di accreditamento compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
5. Copia autorizzazione all'esercizio rilasciata dalla Regione;
6. Copia versamento bollo digitale;
7. Per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 38 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.
8. Cronoprogramma delle evidenze di tipo II;
9. Cronoprogramma per le evidenze di tipo III.
10. Per le strutture già convenzionate, Accordo contrattuale/Convenzionamento