

TRASMISSIONE DOCUMENTALE PER L'AVANZAMENTO DEL LIVELLO DI ACCREDITAMENTO

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**

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

TRASMETTE LE EVIDENZE DEL TIPO II TIPO III RELATIVE ALL'ORGANIZZAZIONE:

Denominazione.....

con sede nel Comune di

Via/Piazza n. int

che eroga cure domiciliari

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

In possesso di accreditamento istituzionale di livello BASE AVANZATO

Rilasciato con DECRETO N° ____/____ da _____ del ____/____/____

Già autorizzata all'esercizio, così come previsto dall'art. 9 della L.R. 21/2016, con Decreto

Prot. _____ del ____/____/____ rilasciato dalla Regione

Codice ORPS: _____

A TAL FINE

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità

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;
 - livello AVANZATO: evidenze di tipo I e II;
 - 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/o 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 del legale rappresentante dell'organizzazione accreditata;
2. Documentazione comprovante l'ottemperanza alle evidenze di tipo II e/o tipo III
3. Decreto di Accreditamento