

ALLEGATO

DICHIARAZIONE PER SOGLIA MINIMA DI ATTIVITÀ PER I LABORATORI ANALISI

IL SOTTOSCRITTO _____

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA DENOMINATA: _____

Codice tipologia (Riferimento R.R. 1/2018): MLAB Medicina di Laboratorio

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 445/2000)

In relazione al requisito di accreditamento di Tipo I, concernente il rispetto alla soglia minima annua di attività prevista, in conformità a quanto stabilito nel vigente Manuale di Accreditamento:

- di **raggiungere autonomamente** la soglia minima di attività prevista di n. 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno
 - in sede
 - multisede

precisando denominazioni e indirizzo di tutte le sedi:

e non tramite service.

OPPURE

- di raggiungere la soglia minima di attività prevista di n. 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno
 - in sede
 - multisede

e non tramite service, **in quanto facente parte di una aggregazione** composta dalle seguenti strutture:

CONTESTUALMENTE SI OBBLIGA

alla trasmissione mensile, nell'ambito del flusso della specialistica ambulatoriale (File C), anche dei dati relativi al numero delle prestazioni non a carico del SSN (libera professione, service in entrata, medicina del lavoro, service in uscita).

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che nell'ipotesi in cui dalla verifica emergesse il mancato raggiungimento della soglia minima dell'attività prevista, sarà applicato quanto stabilito dall'art. 19 della Legge regionale 21/2016.

DATA _____

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE _____