



Alla REGIONE MARCHE
 Dipartimento Salute
 Dirigente del Settore Autorizzazioni e Accreditamenti
 PEC: regione.marche.accreditamentistrutture sanitarie@emarche.it

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:

Tel./Cell. e-mail

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

Legale rappresentante della STRUTTURA PRIVATA MULTISEDE PRODUTIVA

Legale rappresentante della STRUTTURA PUBBLICA

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza n.

Comune di(.....) CAP

Forma Giuridica

Partita IVA/C.F.:

PEC

E-Mail

Tel./Cell.

Con riferimento alla Struttura

Denominata:

sita nel Comune di.....(.....) CAP

Via / P.zza n.

in possesso di accreditamento istituzionale di livello BASE **AVANZATO**

Rilasciato con DECRETO n. da del/...../.....

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

n./Prot. del/...../.....

rilasciato dal Comune

CHIEDE

il riconoscimento del livello di accreditamento _____ per le seguenti prestazioni:

ORPS	Codice tipologia (rif. Reg. 1/2018)	N° posti letto	N° posti	AMB/TERME/STUDI

TRASMETTE

le evidenze :

del tipo III (AVANZATO)

e/o del tipo IV (ECCELLENTE)

relative alla struttura sopra indicata.

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

D I C H I A R A

- che la struttura possiede i requisiti di accreditamento, in conformità a quanto previsto nel vigente Manuale di Accreditamento, relativi al:
 - livello AVANZATO: evidenze di tipo I, II e III;
 - livello ECCELLENTE: evidenze del tipo I, II, III e IV;
- 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 III e/o IV autodichiarata comporterà, previa diffida, la revoca dell'accreditamento di base/avanzato, nonché:
 - per le strutture private, la decadenza dall'elenco degli inseribili a contrattualizzazione con il SSR;
 - per le strutture pubbliche, la sospensione delle attività;
- 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 ____/____/_____



Alla REGIONE MARCHE
Dipartimento Salute
Dirigente del Settore Autorizzazioni e Accreditamenti
PEC: regione.marche.accreditamentistrutture sanitarie@emarche.it

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- 1) Copia del documento di identità del legale rappresentante della Struttura accreditata;
- 2) Documentazione comprovante l'ottemperanza alle evidenze di tipo III e/o tipo IV; ogni documento/file/cartella deve essere nominato con il numero dell'evidenza a cui si riferisce (es. : 1.3.3/1.4.4);
- 3) Decreto di Accreditamento;
- 4) Autorizzazione all'Esercizio.
- 5) Per i Centri Trasfusionali e UDR compilare l'apposito Modello integrativo