**Mod. A**

PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it Al Direttore Generale

Area Sanità e Sociale

 Regione del Veneto

e, per conoscenza

PEC: \* Al Direttore Generale dell’Azienda U.l.s.s.

PEC: protocollo.azero@pecveneto.it Al Direttore Generale di Azienda Zero

(\*Utilizzare la PEC delle Aziende Ulss ove insistono le sedi operative che erogano le funzioni oggetto di richiesta di accreditamento)

**DOMANDA**

**DI RILASCIO DELL’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

**o**

**DI RINNOVO DELL’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

**Il/La sottoscritto/a:**

cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in: Comune, via, piazza, ...: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°:\_\_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero C.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data scadenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

carta d’identità: *(allegare scansione fronte retro in formato file pdf)*

**in qualità di legale rappresentante della struttura giuridica:**

Denominazione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(indicare la denominazione utilizzata nelle comunicazioni con l'utenza)*

Ragione sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare l’esatta denominazione registrata presso la Camera di Commercio)*

P. IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con sede legale in:**

via, piazza,..: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito web: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**forma giuridica:** *(barrare)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ente ecclesiastico  | società | cooperativa sociale |
| impresa individuale  | studio professionale1  | altro (specificare)2 |

1*Se studio indicare la professione*:

medico odontoiatra altra professione sanitaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2*Specificare Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**CHIEDE**

*(utilizzare uno dei seguenti moduli* ***per ogni sede operativa*** *e/o punto prelievo)*

**per la sede operativa**: (*indicare denominazione sede*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via, piazza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *e, se diversi da sede legale*:

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito web: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distretto AULSS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Ministeriale (*se già assegnato*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direttore Sanitario:

Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto all’ordine dei medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞏 IL RILASCIO dell’accreditamento istituzionale quale NUOVO SOGGETTO non accreditato col SSR;**

**🞏 IL RILASCIO dell’accreditamento istituzionale** **quale soggetto già titolare di accreditamento istituzionale per ottenere nuove funzioni, nuove unità di offerta e/o nuova sede operativa;**

**🞏 Il RINNOVO dell’accreditamento istituzionale;**

della struttura sanitaria classificata come: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(per esempio B5 in caso di ambulatorio. N.B. di norma la classificazione sarà quella riportata nel provvedimento di autorizzazione all’esercizio, per il codice e descrizione vedi TABELLA 1),

solo in caso di rinnovo indicare il provvedimento di Accreditamento vigente DGR n°:\_\_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- a tal fine, di essere in possesso dei requisiti richiesti per l’accreditamento come da liste di autovalutazione allegate, per le funzioni di cui alle branche:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Codice e descrizione branca specialistica3** | **Branca già accreditata** | **Note e limitazioni** |
| **SI** | **NO**(nuova) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*3 Branca specialistica: vedi TABELLA n.2*

**per le seguenti funzioni esercitate in regime di RICOVERO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice e sigla della Unità di Offerta** | **Posti letto** |
|  |  |

* **Per la sola attività di medicina di laboratorio**

Si dichiara in particolare il pieno rispetto delle disposizioni di cui alla [Legge regionale n. 22/02, art. 17/ter](http://www.consiglioveneto.it/crvportal/leggi/2002/02lr0022.html), "Disposizioni in materia di laboratori di analisi".

Si dichiara di aderire alla rete di laboratorio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa come da indicazioni contenute nell’Avviso.*

*data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Indicare referente della struttura quale contatto per il presente procedimento:

*Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**TABELLA 1. Classificazione delle attività**

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE | DESCRIZIONE |
| B 10 | Laboratori di analisi  |
| B 11 | Punti di prelievo |
| B 5 | Ambulatori chirurgici |
| B 5 | Ambulatori chirurgici con sala chirurgica |
| B 5 | Ambulatori di medicina fisica e riabilitazione |
| B 5 PMA | Ambulatori di procreazione medicalmente assistita PMA |
| B 5 | Ambulatori di radiodiagnostica |
| B 5 | Ambulatori mono o polispecialistici (DGR 3223/2005)  |
| B 5 | Ambulatori odontoiatrici |
| B 5.1 | Struttura extraospedaliera di chirurgia ambulatoriale |
| B 9/1 | Studio medico non soggetto ad autorizzazione |
| B 9/2 | Studio medico soggetto ad autorizzazione |
| B1 | Ambulatorio di ossigenoterapia iperbarica |
| BC/4 | Strutture ex art. 26 L.833/1978 Centri e presidi di riabilitazione funzionale di disabili psichici, fisici e sensoriali |
| B7 | stabilimenti termali |
| Strutture intermedie | Hospice - Unità riabilitativa Territoriale URT - Ospedale di Comunità ODC |
| Altro | specificare |

**TABELLA 2. Codici Branca specialistica**

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE | DESCRIZIONE |
| 03 | Medicina di laboratorio |
| 08 | Cardiologia |
| 09 | Chirurgia generale |
| 12 | Chirurgia plastica |
| 14 | Chirurgia vascolare angiologia |
| 19 | Endocrinologia |
| 29 | Nefrologia |
| 30 | Neurochirurgia |
| 32 | Neurologia |
| 34 | Oculistica |
| 35 | Odontostomatologia e chirurgia maxillo facciale |
| 36 | Ortopedia e traumatologia |
| 37 | Ostetricia e ginecologia |
| 38 | Otorinolaringoiatria |
| 40 | Psichiatria |
| 43 | Urologia |
| 52 | Dermosifilopatia |
| 56 | Medicina fisica e riabilitazione |
| 58 | Gastroenterologia - chirurgia ed endoscopia digestiva |
| 61 | Diagnostica per immagini: medicina nucleare |
| 64 | Oncologia |
| 68 | Pneumologia |
| 69 | Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica |
| 70 | Radioterapia |
| 82 | Anestesia |
| - | Medicina dello sport (specificare se di I, II o III livello) |
| Altro | Specificare |