



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Al Direttore Generale
dell'Assessorato dell'Igiene e sanità e
dell'Assistenza Sociale
Regione Autonoma della Sardegna
Via Roma n. 223
09123 – CAGLIARI

OGGETTO: Domanda per il rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale definitivo della Struttura Sanitaria.....
Ubicata nel Comune di.....Via.....n.

Il sottoscritto _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

☐ in qualità di legale rappresentante

della società _____

con sede legale a _____ in via _____ n° _____

☐ in qualità di titolare

della/ per la struttura sanitaria privata

denominata _____

ubicata nel comune di _____ prov. _____ n. tel. _____

in via _____ n° _____

(sede principale)

in via _____ n° _____

(altre sedi)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

chiede

il rinnovo dell'accreditamento per (specificare il nome della struttura):
.....avente sede operativa nel Comune diVia
rilasciato in data con provvedimento n.del.....

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che:

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione venga in possesso, in occasione di questa procedura, saranno trattati nel rispetto del DLgs 30.6.2003, n. 196.

la struttura non impiega personale incompatibile (cioè dipendente da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e/o professionista convenzionato con SSN, ai sensi dell'art. 1, comma 19 L. 662/1996), anche relativamente a funzioni ed attività diverse da quelle oggetto di accreditamento.

il titolare del trattamento è la Regione Autonoma della Sardegna.

il Responsabile del trattamento è il Responsabile del procedimento come individuato nella comunicazione di avvio del procedimento.

Allega la documentazione sotto elencata:

- ☐ **Copia della Carta di Identità del legale rappresentante** che sottoscrive la domanda e le dichiarazioni
- ☐ **Scheda sintetica di presentazione della Struttura** (vedi allegati B e C)
- ☐ **Breve descrizione delle collocazioni strutturali e planimetria schematica** della sede/i della Struttura e /o delle Articolazioni (Aree / Dipartimenti / U.O. / altre tipologie di Organizzazioni) che la compongono o afferenti
- ☐ **Autodichiarazione del possesso dei requisiti specifici** di accreditamento (vedi allegato D)
- ☐ **Elenco indicante i volumi di attività e le prestazioni erogate per la specialistica ambulatoriale** precedentemente accreditati (vedi allegato 1a)
- ☐ **Elenco indicante i volumi di attività e le prestazioni per la specialistica ambulatoriale** erogate da rimodulare rispetto a quelle precedentemente accreditate (vedi allegato 1b)
- ☐ **Elenco indicante il numero dei posti letto per le strutture ospedaliere/residenziali** (vedi allegato 4)
- ☐ **Elenco indicante il numero dei pazienti trattati giornalmente per le strutture semiresidenziali/Centri diurni** (vedi allegato 5)
- ☐ **Elenco indicante il personale attualmente operativo nella struttura** (vedi allegati 2a, b,c,d,e,f)
- ☐ **Autodichiarazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi** (vedi allegato E)
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00** (vedi allegato F)
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva di documentazione antimafia, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000** (solo strutture private organizzate con modalità imprenditoriali o società) vedi Allegato G.
- ☐ **Elenco dei fornitori esterni di prestazioni/servizi rivolti alla persona** di cui si avvale la struttura / organizzazione (o dichiarazione dell'assenza)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- ☐ **Elenco delle prestazioni rivolte alla persona esternalizzate** con denominazione della Struttura che le effettua (o dichiarazione dell'assenza)
- ☐ **Autovalutazione sul possesso dei requisiti di accreditamento** (check list requisiti generali di accreditamento e specifici della Struttura di cui alla DGR 47/42 e 47/43 del 30/12/2010, firmate dal legale rappresentante)
- ☐ **Relazione expost** (ai sensi dell'art. 8 quater DLgs 229/99) indicante il volume di attività svolto e la qualità dei suoi risultati
- ☐ **Marca da bollo** da 16,00 € per il provvedimento finale.
- ☐ **Manuale Aziendale per l'accreditamento** se non posseduto, può essere sostituito dalla documentazione di seguito elencata:
 - o **Atto aziendale** con particolare riferimento alla struttura oggetto di accreditamento, da cui si evincano il mandato specifico della Struttura, obiettivi generali e per la qualità (se aggiornato rispetto a precedente atto di accreditamento)
 - o **Documento** da cui si evincano gli **obiettivi a breve** (anno in corso) della Struttura esaminata e la pianificazione del loro raggiungimento
 - o **Piano di inserimento, affiancamento e formazione del personale** (anno in corso) della Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
 - o **Carta dei Servizi** e/o sue sezioni inerente la Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
 - o **Documento** da cui si evincano i principali indicatori utilizzati per la verifica interna dei risultati e dati relativi alla ultima valutazione effettuata
 - o **Elenco delle procedure generali** disponibili e delle procedure applicabili nelle articolazioni organizzative oggetto di verifica di accreditamento
 - o **Elenco delle attrezzature** più significative in dotazione e/o in fase di acquisto (vedi allegato 3)

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità della presente dichiarazione, l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dell'accreditamento rilasciato, ai sensi dell'art. 75, comma 1 del D.P.R. n. 445/2000.

Il legale rappresentante

Data,

.....