



REGIONE AUTONOMA 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

Allegato B

Scheda sintetica di presentazione della Struttura per l'acquisizione di informazioni e documentazione per il rinnovo dell'accreditamento

Dati identificativi della Struttura:

Denominazione	
Titolare	
Responsabile Clinico	
Ubicazione sede - riferimenti (indirizzo – telefono – e-mail)	

Articolazioni Aree / Dipartimenti / U.O. / altre tipologie di organizzazioni)	sedi (indirizzi)	Codici

Si tratta di struttura autorizzata all'esercizio delle attività di:	È stata accreditata per:	Richiede il rinnovo per:
RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto di tutte le strutture comprese)	RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto di tutte le strutture comprese; per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia e il corrispondente numero di posti letto).....	RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto di tutte le strutture comprese; per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia e il corrispondente numero di posti letto)
SPECIALISTICA AMBULATORIALE della seguente tipologia <input type="checkbox"/> presidio di riabilitazione <input type="checkbox"/> centro di riabilitazione <input type="checkbox"/> centro di diagnostica per immagini <input type="checkbox"/> laboratorio di analisi <input type="checkbox"/> centro dialisi <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="checkbox"/> poliambulatorio <input type="checkbox"/> ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline: cod denominazione	SPECIALISTICA AMBULATORIALE della seguente tipologia <input type="checkbox"/> presidio di riabilitazione <input type="checkbox"/> centro di riabilitazione <input type="checkbox"/> centro di diagnostica per immagini <input type="checkbox"/> laboratorio di analisi <input type="checkbox"/> centro dialisi <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="checkbox"/> poliambulatorio <input type="checkbox"/> ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline: cod denominazione	SPECIALISTICA AMBULATORIALE della seguente tipologia <input type="checkbox"/> presidio di riabilitazione <input type="checkbox"/> centro di riabilitazione <input type="checkbox"/> centro di diagnostica per immagini <input type="checkbox"/> laboratorio di analisi <input type="checkbox"/> centro dialisi <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="checkbox"/> poliambulatorio <input type="checkbox"/> ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline: cod denominazione
Servizi territoriali della SALUTE MENTALE e DIPENDENZE PATOLOGICHE <input type="checkbox"/> Centro di Salute mentale <input type="checkbox"/> SerT <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	Servizi territoriali della SALUTE MENTALE e DIPENDENZE PATOLOGICHE <input type="checkbox"/> Centro di Salute mentale <input type="checkbox"/> SerT <input type="checkbox"/> CNPIA <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	Servizi territoriali della SALUTE MENTALE e DIPENDENZE PATOLOGICHE <input type="checkbox"/> Centro di Salute mentale <input type="checkbox"/> SerT <input type="checkbox"/> CNPIA <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO (indicare il numero di posti di tutte le strutture comprese): <input type="checkbox"/> Centro diurno psichiatrico <input type="checkbox"/> Residenze sanitarie psichiatriche <input type="checkbox"/> Comunità Pedagogico/terapeutica per tossicodipendenti	ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO (indicare il numero di posti di tutte le strutture comprese): <input type="checkbox"/> centro diurno psichiatrico <input type="checkbox"/> residenze sanitarie psichiatriche <input type="checkbox"/> a trattamento intensivo <input type="checkbox"/> a trattamento protratto	ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO (indicare il numero di posti di tutte le strutture comprese): <input type="checkbox"/> centro diurno psichiatrico <input type="checkbox"/> residenze sanitarie psichiatriche <input type="checkbox"/> a trattamento intensivo <input type="checkbox"/> a trattamento protratto



REGIONE AUTONOMA 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

Allegato B

<input type="checkbox"/> residenziale <input type="checkbox"/> semiresidenziale <input type="checkbox"/> Struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> affette da patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica <input type="checkbox"/> con figli minori (o donne in gravidanza) <input type="checkbox"/> altro (specificare) 	<input type="checkbox"/> a trattamento socio-riabilitativo <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> affette da patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> con figli minori (o donne in gravidanza) <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori <input type="checkbox"/> altro (specificare) 	<input type="checkbox"/> a trattamento socio-riabilitativo <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> affette da patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> con figli minori (o donne in gravidanza) <input type="checkbox"/> per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica <input type="checkbox"/> Residenze terapeutiche intensive per minori <input type="checkbox"/> Residenze terapeutiche post acuzie per minori <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori <input type="checkbox"/> altro (specificare)
---	---	--

Allegato D1 – continua

Ulteriori informazioni:

Descrizione delle funzioni / specializzazioni / situazioni peculiari possedute
Elenco dei riconoscimenti ricevuti (accreditamenti particolari, certificazioni, ...)

La struttura rispetto al precedente provvedimento di accreditamento ha modificato:	se si descrivere brevemente e allegare la relativa documentazione
la propria mission	
gli obiettivi e le strategie che intende attuare	
gli assetti organizzativi: <ul style="list-style-type: none"> – ristrutturazioni che hanno portato alla nascita o cessazione di articolazioni operative o al loro spostamento in strutture fisiche o organizzative diverse da quelle già accreditate - allegare organigramma – modificazioni delle relazioni interne e dei ruoli gerarchici (es. tra dipartimento e UO complesse e semplici) – allegare funzionigramma – introduzione e/o eliminazione di prestazioni o modalità organizzative nella erogazione dei servizi – cambiamento del numero e/o distribuzione dei posti letto – altro (specificare) 	
le risorse umane possedute (specificare numero, tipo di rapporto/contratto, qualifica professionale, categorie, secondo i consueti riferimenti contrattuali)	
le collocazioni strutturali	
Descrizione della dotazione tecnologica posseduta	

Data

Firma



REGIONE AUTONOMA 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

Allegato C

Scheda di segnalazione di variazioni

(Compilare al bisogno)

Contestualmente alla domanda di rinnovo dell'accreditamento la Struttura dichiara le seguenti variazioni:

CESSAZIONE Intende cessare l'erogazione delle seguenti attività per cui ha ricevuto l'accreditamento:	AMPLIAMENTO Intende ampliare le attività, nell'ambito di discipline già accreditate, con le seguenti modifiche:	NUOVA ATTIVITÀ Intende inserire le seguenti nuove attività in accreditamento:																		
nell'ambito del RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto variati per le strutture comprese) <table border="1"><thead><tr><th>cod HSP 11</th><th>disciplina</th><th>n°posti letto</th></tr></thead><tbody><tr><td>...</td><td>.....</td><td>....</td></tr></tbody></table> Per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia e il corrispondente numero di posti letto	cod HSP 11	disciplina	n°posti letto	nell'ambito del RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto variati per le strutture comprese) <table border="1"><thead><tr><th>cod HSP 11</th><th>disciplina</th><th>n°posti letto</th></tr></thead><tbody><tr><td>...</td><td>.....</td><td>....</td></tr></tbody></table> Per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia e il corrispondente numero di posti letto	cod HSP 11	disciplina	n°posti letto	nell'ambito del RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto variati per le strutture comprese) <table border="1"><thead><tr><th>cod HSP 11</th><th>disciplina</th><th>n°posti letto</th></tr></thead><tbody><tr><td>...</td><td>.....</td><td>....</td></tr></tbody></table> Per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia e il corrispondente numero di posti letto	cod HSP 11	disciplina	n°posti letto
cod HSP 11	disciplina	n°posti letto																		
...																		
cod HSP 11	disciplina	n°posti letto																		
...																		
cod HSP 11	disciplina	n°posti letto																		
...																		
nell'ambito della SPECIALISTICA AMBULATORIALE indicare le variazioni relative alle seguenti tipologie: <input type="checkbox"/> centro di riabilitazione <input type="checkbox"/> presidio di riabilitazione <input type="checkbox"/> centro di diagnostica per immagini <input type="checkbox"/> laboratorio di analisi <input type="checkbox"/> centro dialisi <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="checkbox"/> poliambulatorio con <input type="checkbox"/> ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline: cod denominazione	nell'ambito della SPECIALISTICA AMBULATORIALE indicare le variazioni relative alle seguenti tipologie: <input type="checkbox"/> centro di riabilitazione <input type="checkbox"/> presidio di riabilitazione <input type="checkbox"/> centro di diagnostica per immagini <input type="checkbox"/> laboratorio di analisi <input type="checkbox"/> centro dialisi <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="checkbox"/> poliambulatorio con <input type="checkbox"/> ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline: cod denominazione	nell'ambito della SPECIALISTICA AMBULATORIALE indicare le variazioni relative alle seguenti tipologie: <input type="checkbox"/> centro di riabilitazione <input type="checkbox"/> presidio di riabilitazione <input type="checkbox"/> centro di diagnostica per immagini <input type="checkbox"/> laboratorio di analisi <input type="checkbox"/> centro dialisi <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="checkbox"/> poliambulatorio con <input type="checkbox"/> ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline: cod denominazione																		
Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <input type="checkbox"/> Centro di Salute mentale <input type="checkbox"/> SerT <input type="checkbox"/> CNPIA <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <input type="checkbox"/> Centro di Salute mentale <input type="checkbox"/> SerT <input type="checkbox"/> CNPIA <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <input type="checkbox"/> Centro di Salute mentale <input type="checkbox"/> SerT <input type="checkbox"/> CNPIA <input type="checkbox"/> Altro (specificare)																		
nell'ambito della ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO indicare le variazioni nella tipologia e/o nel n° di posti: <input type="checkbox"/> centro diurno psichiatrico <input type="checkbox"/> residenze sanitarie psichiatriche <input type="checkbox"/> a trattamento intensivo <input type="checkbox"/> a trattamento protratto <input type="checkbox"/> a trattamento socio-riabilitativo <input type="checkbox"/> Strutture di trattamento ambulatoriale per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> affette da patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> con figli minori (o donne in gravidanza) <input type="checkbox"/> per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica <input type="checkbox"/> Residenze terapeutiche intensive per minori <input type="checkbox"/> Residenze terapeutiche post acuzie per minori	nell'ambito della ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO indicare le variazioni nella tipologia e/o nel n° di posti: <input type="checkbox"/> centro diurno psichiatrico <input type="checkbox"/> residenze sanitarie psichiatriche <input type="checkbox"/> a trattamento intensivo <input type="checkbox"/> a trattamento protratto <input type="checkbox"/> a trattamento socio-riabilitativo <input type="checkbox"/> Strutture di trattamento ambulatoriale per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> affette da patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> con figli minori (o donne in gravidanza) <input type="checkbox"/> per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica <input type="checkbox"/> Residenze terapeutiche intensive per minori <input type="checkbox"/> Residenze terapeutiche post acuzie per minori	nell'ambito della ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO indicare le variazioni nella tipologia e/o nel n° di posti: <input type="checkbox"/> centro diurno psichiatrico <input type="checkbox"/> residenze sanitarie psichiatriche <input type="checkbox"/> a trattamento intensivo <input type="checkbox"/> a trattamento protratto <input type="checkbox"/> a trattamento socio-riabilitativo <input type="checkbox"/> Strutture di trattamento ambulatoriale per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <input type="checkbox"/> a tipologia pedagogico-riabilitativa <input type="checkbox"/> a tipologia terapeutico-riabilitativa <input type="checkbox"/> affette da patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> con figli minori (o donne in gravidanza) <input type="checkbox"/> per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica <input type="checkbox"/> Residenze terapeutiche intensive per minori <input type="checkbox"/> Residenze terapeutiche post acuzie per minori																		



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

Allegato C

<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori <input type="checkbox"/> altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori <input type="checkbox"/> altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori <input type="checkbox"/> altro (specificare)

Dichiara inoltre che:

- nella documentazione allegata alla domanda di rinnovo sono inserite tutte le informazioni concernenti le variazioni descritte nella presente scheda
- per le variazioni che lo richiedono, ha ricevuto la preventiva autorizzazione, ove previsto (indicare gli estremi dell'autorizzazione ottenuta).

Data

Firma



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

Allegato D

Modello di dichiarazione sul possesso dei requisiti specifici di accreditamento

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

Il sottoscritto nato a il
..... C.F. in qualità di
(legale rappresentante/titolare) della/o
(ditta/società/Azienda sanitaria/studio professionale), titolare di accreditamento istituzionale per
.....
rilasciato in data con provvedimento regionale n.
.....

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed
uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76
del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità

dichiara,

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, sotto la sua personale responsabilità, che la struttura

- ☐ ha mantenuto il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi valutati nella
precedente visita di verifica
- ☐ si è adeguata e possiede gli eventuali ulteriori requisiti specifici vigenti applicabili.

Data

Il Legale rappresentante/Il titolare

.....



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

Allegato E

Modello di autocertificazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi

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

Il sottoscritto nato a il
..... C.F. in qualità di
(legale rappresentante/titolare) della/o
(ditta/società/Azienda sanitaria/studio professionale), autorizzata/o all'esercizio di attività sanitaria nella
struttura/nel proprio studio professionale, denominata/o
ubicata/o in (indirizzo), con atto n.
..... rilasciato dal Comune di
titolare di accreditamento istituzionale per
rilasciato in data con provvedimento regionale n.

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed
uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76
del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità

dichiara,

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, sotto la sua personale responsabilità, che nulla è
modificato rispetto ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi valutati in sede di rilascio
dell'autorizzazione all'esercizio sopra citata ed è mantenuto il possesso degli stessi requisiti.

Data

Il Legale rappresentante/Il titolare

.....



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

Allegato F

**Modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione
ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00**

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

Il sottoscritto
nato a, il
C.F., in qualità di (titolare / legale
rappresentante) della
(ditta/società/azienda), con sede legale in (Pr....), Via
..... Nr, telefono fax
..... e-mail

**consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti,
dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai
benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la
propria responsabilità**

dichiara:

- ☐ di non aver riportato condanna definitiva (compresa la sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 CPP) per reati gravi in danno dello Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale e di non aver riportato condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità d'offerta del sistema sanitario;
- ☐ di non essere incorso nella applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- ☐ di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;
- ☐ di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- ☐ di assicurare al personale in servizio la piena contribuzione previdenziale ed assicurativa secondo quanto previsto dalle normative vigenti;

Il titolare / legale rappresentante

.....

Data



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

Allegato G

Allegato G - Modello di autocertificazione ai sensi dell'art. 89 del D.Lgs. n. 159/2011 così come modificato dal D.Lgs. N. 218/2012 - Comunicazione antimafia

N.B. Il presente modulo deve essere presentato solo da strutture private organizzate con modalità imprenditoriali o da società che chiedono il rinnovo dell'accreditamento e compilato e sottoscritto da ciascun soggetto sottoelencato in relazione alla tipologia di impresa (si veda prospetto in calce *)

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

Il Sottoscritto nato a
..... Prov. il e
residente a Prov. via/piazza
..... n. Prov. Cod. Fisc.
.....

In qualità di: *

- ☐ Legale rappresentante
- ☐ Amministratore
- ☐ Sindaco o componente collegio sindacale
- ☐ Soggetto con compiti di vigilanza art.6, co.1, lett.b) D.Lgs. N. 231/2001
- ☐ Socio

(si veda prospetto in calce *)

della struttura con sede legale in:
via cap città prov.
e sedi operative in:
via cap città prov.
via cap città prov.
via cap città prov.

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28.12.2000, n. 445) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del DLgs 159/2011 e ss.mm.ii.

Il Sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma leggibile del dichiarante

Allegare copia leggibile di un documento di identità in corso di validità Il servizio regionale competente effettuerà anche a campione controlli sulla veridicità delle dichiarazioni, ai sensi dall'art. 71, comma 1 del DPR 445/2000.



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

Allegato G

*** PROSPETTO**

Art. 85 del D.Lgs. 159/2011 e ss.mm.ii. "Codice delle leggi antimafia"

(Soggetti sottoposti alla verifica antimafia)

N.B. Per tutti i tipi di imprese e società, oltre ai soggetti sotto individuati, la dichiarazione deve anche riferirsi ai Sindaci e ai soggetti che svolgono attività di vigilanza di cui all'art. 6, comma 1, lett.b) D.Lgs. N. 231/2001

Tipo di impresa/società	Chi deve presentare la dichiarazione
Imprese individuali	Titolare
Società di capitali, anche consortili, società cooperative, consorzi cooperativi, consorzi di cui al libro V, titolo X, capo II, Sezione II, del c.c., associazioni e società di qualunque tipo anche prive di personalità giuridiche	Legale rappresentante ed eventuali altri componenti organi di amministrazione, ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione superiore al 10% oppure detenga una partecipazione inferiore al 10% e che abbia stipulato un patto parasociale riferibile a una partecipazione pari o superiore al 10% altri soci o consorziati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della pubblica amministrazione
Società di capitali	Socio di maggioranza in caso di società con un numero di soci pari o inferiore a quattro, ovvero il socio in caso di società con socio unico
Consorzi di cui l'art. 2602 del c.c. gruppi europei di interesse economico (GEIE)	Chi ne ha la rappresentanza e gli imprenditori o società consorziate
Società semplice e in nome collettivo	Tutti i soci
Società in accomandita semplice	Soci e accomandatari
Società estere con sede secondaria in territorio statale (art. 2508 c.c.)	Coloro che rappresentano stabilmente la società nel territorio dello stato
Società costituite all'estero, prive di una sede secondaria con rappresentanza stabile nel territorio statale	Coloro che esercitano poteri di amministrazione, di rappresentanza o di direzione dell'impresa
Raggruppamenti temporanei di impresa	Imprese costituenti il raggruppamento anche se aventi sede all'estero, di rappresentanza o di direzione dell'impresa
Società personali	Soci (in qualità di persone fisiche delle società personali o delle società di capitali che ne siano socie)