

Marca da
bollo

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL' ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE
SANITARIE E SOCIO-SANITARIE AI SENSI DELLA LR 20/2000**

Mod. ACCR IST

Al Dirigente del Servizio
Assistenza Ospedaliera
Regione Marche
Via Gentile Da Fabriano, 3
Ancona

A

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale n: _____ Telefono n _____

B

In qualità di: titolare legale rappresentante
della: Società Ente Azienda Studio _____

Partita IVA _____ con Sede in _____
Via _____ n _____

Chiede il rilascio:

dell'accreditamento istituzionale (art 16 LR 20/2000)
dell'accreditamento temporaneo (art 18 LR 20/2000)
dell'accreditamento provvisorio (art 25 LR 20/2000)

C

Per: la Struttura lo Studio
Denominata /o (1): _____
che eroga prestazioni (2): _____
in regime (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

Sita/o nel Comune di _____
Via / P.zza _____ n. _____

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

- che per la/le strutture / lo studio (*) è stata rilasciata l'autorizzazione definitiva o provvisoria all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria (art. 8 e art. 24 della LR 20/2000), così come previsto dagli art. 16 e 25 della LR 20/2000; oppure è stata presentata domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio sanitaria (art 8 della LR 20/2000), così come previsto dall'art. 18 della LR 20/2000;
- che la/le strutture / lo studio (*) possiedono i requisiti di accreditamento come indicato nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto previsto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento;
- che la direzione sanitaria/responsabilità (*) è affidata al dott.

nato il _____ Laureato in _____
presso l'Università degli studi di _____ il _____
specialista in _____
iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____

il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Allega inoltre alla domanda la necessaria documentazione, così come specificato nelle istruzioni per la compilazione della stessa.

Data: _____

Firma del Direttore sanitario : _____
(per esteso)

Firma del Titolare o Legale rappresentante: _____
(per esteso)

(*) *Cancellare la voce che non interessa*

Istruzioni per la compilazione del Modello ACCR IST

La domanda di accreditamento, ai sensi degli art. 16, 18 e 25 della LR 20/2000, va presentata unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento.

La stessa deve essere prodotta in copia unica.

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

Il riquadro B deve essere sempre compilato in tutte le parti di interesse;

Il riquadro C deve essere compilato in tutte le parti di interesse indicando:

al punto (1) la denominazione della Struttura/Ente/Azienda/Studio;

al punto (2) la tipologia delle prestazioni che vengono erogate così individuate:

nel regime ambulatoriale:

- 1) specialistiche mediche
- 2) specialistiche chirurgiche
- 3) odontoiatriche
- 4) diagnostiche di laboratorio (specificare se punto di prelievi)
- 5) diagnostiche per immagini
- 6) di recupero e rieducazione funzionale (Presidi)
- 7) di riabilitazione (Centri)
- 8) di dialisi
- 9) di terapia iperbarica
- 10) di salute mentale
- 11) di consultorio familiare
- 12) di trattamento delle tossicodipendenze
- 13) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale (in particolare: Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici;
- 3) psichiatriche
- 4) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 5) residenze sanitarie medicalizzate;
- 6) residenze sanitarie terapeutiche;
- 7) residenze sanitarie riabilitative;
- 8) residenze sanitarie assistenziali;
- 9) nuclei di assistenza residenziale (N.A.R.) all'interno di strutture protette;
- 10) di cure palliative (hospice)

nel regime termale

- 1) idropiniche

- 2) inalatorie
- 3) balneoterapiche
- 4) fangoterapiche
- 5) altre

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale, termale.

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali;

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario o comunque dal sanitario responsabile e dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

- autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti ulteriori per l'accredimento costituita da: una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (contenuta nel modulo della domanda stessa) firmata dal Responsabile della struttura organizzativa con allegate copie fotostatiche del Manuale di Accredimento autocompilato e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di accreditamento (occorre precisare che le parti specifiche inserite nel Manuale non contemplano tutte le discipline esistenti in ambito regionale, perciò le strutture che non dovessero trovare rappresentata nel Manuale la loro parte specifica (in particolare alcune tipologie di degenze e di ambulatori) dovranno possedere e quindi autocompilare soltanto le parti generali, ad es. ADEG e AMBG, relative);
- apposita scheda per lettura ottica compilata, relativa alle aree di intervento su cui si intende chiedere l'accredimento;
- documenti attestanti il possesso dei requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco;
- fotocopia di un documento di identità (se la domanda viene inviata per posta);
- per ogni singola Struttura/Studio: copia dell'atto di autorizzazione provvisoria o definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, rilasciato dal Comune competente per territorio, oppure copia della domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, ai sensi dell'art. 18 della LR 20/2000.

Ulteriore documentazione potrà essere richiesta nel corso dell'istruttoria per la verifica di accreditamento.