



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE POLITICHE SANITARIE
Istanza di Accreditamento di Studio/Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria
(L.R. n. 24/2008 e relativo Regolamento regionale attuativo)

Al Dirigente Generale del Dipartimento
“Tutela della Salute e Politiche Sanitarie”
Località Germaneto (Cittadella Regionale)
88100 CATANZARO
 PEC: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

__l_ sottoscritt__ _____
 nat__ a _____ il _____
 residente in _____ CAP _____
 via/piazza _____ codice fiscale _____
 tel. _____ e-mail _____
 PEC _____
 in qualità di titolare/legale rappresentante di ⁽¹⁾:
☐ STUDIO MEDICO;
☐ STUDIO ODONTOIATRICO;
☐ STUDIO DI ALTRA PROFESSIONE SANITARIA: _____⁽²⁾;
☐ AMBULATORIO DI CHIRURGIA AMBULATORIALE;
☐ AMBULATORIO PER PROCEDURE DIAGNOSTICHE INVASIVE E SEMI-INVASIVE;
☐ STRUTTURA SANITARIA/SOCIO-SANITARIA;
 avente la seguente ditta/ragione sociale: _____

 con sede legale in _____ CAP _____
 via/piazza _____
 e-mail _____ PEC _____
 cod. fiscale/partita IVA _____ codice ISTAT _____

IN POSSESSO

Del seguente titolo abilitante all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria ⁽³⁾:

- ☐ **Autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria/socio-sanitaria**, ai sensi dell'art. 8-ter, commi 1 e 2, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciata con ⁽⁴⁾:
- Provvedimento del Medico Provinciale di _____ n. _____ del _____, ai sensi del T.U.L.S.;
 - Deliberazione della Giunta Regionale della Calabria n. _____ del _____;
 - Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento regionale competente in materia di Tutela della Salute n. _____ del _____;
 - Decreto del Presidente della Giunta Regionale (nella qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria nominato con delibera Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010) n. _____ del _____;

¹ Barrare solo la casella interessata.

² Specificare la professione sanitaria svolta.

³ Barrare solo la casella interessata.

⁴ Annerire o barrare il cerchietto interessato.

- Decreto del Commissario *ad acta* (nominato con Delibera del Consiglio dei Ministri del 12 marzo 2015) per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria n. _____ del _____;
- Altro ⁽⁵⁾: _____

- ☐ **S.C.I.A. per studio odontoiatrico**, singolo o associato, ai sensi dell'art. 6 della L.R. 19 aprile 2016, n. 10;

Ai sensi dell'art. 8-quater, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. ⁽⁶⁾:

FA ISTANZA DI

- ☐ ACCREDITAMENTO
☐ RINNOVO ACCREDITAMENTO
☐ AMPLIAMENTO STRUTTURALE PER L'ACCREDITAMENTO ESISTENTE;
☐ TRASFORMAZIONE/RICONVERSIONE DELL'ACCREDITAMENTO
☐ TRASFERIMENTO DI SEDE

RELATIVAMENTE AL SOTTOINDICATO STUDIO/STRUTTURA:

denominazione struttura: _____
 avente sede operativa in _____
 CAP _____ via/piazza _____ tel. _____
 e-mail _____
 cod. fiscale/partita IVA _____ codice struttura NSIS: _____ ⁽⁷⁾
 codice struttura SOGEI _____ ⁽⁸⁾

PER LE SEGUENTI ATTIVITÀ/PRESTAZIONI SANITARIEO SOCIO-SANITARIE ⁽⁹⁾:

- ☐ Discipline e prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo o diurno sottospecificate:

- ☐ Discipline e prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio sottospecificate:

⁵ Specificare.

⁶ Barrare solo la casella interessata.

⁷ Se già accreditata.

⁸ Se già accreditata.

⁹ Barrare una o più delle caselle, purché interessate.

☐ Prestazioni in regime residenziale e/o semiresidenziale, a ciclo continuativo o diurno sottospecificate:

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità, anche penali, previste per il caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- 1) che la struttura sanitaria/socio-sanitaria i requisiti minimi di cui alla Legge Regionale n. 24/2008 e al relativo regolamento regionale di attuazione.
- 2) che il Titolare/Legale Rappresentante (ovvero ciascuno degli amministratori, se più di uno):
 - a) non ha riportato condanne penali definitive per delitti contro la Pubblica Amministrazione;
 - b) non ha mai subito dichiarazioni di fallimento o consimili procedure concorsuali;
 - c) non è stato sottoposto a sanzioni penali, conseguenti a reati tributari, divenute definitive;
 - d) non è mai stato destinatario di sanzioni penali o amministrative per violazione del decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i., con provvedimento definitivo;
 - e) non è mai stato sottoposto a sanzioni penali per violazione della legislazione in materia di assistenza e previdenza sociale, con provvedimento definitivo;
 - f) osserva la vigente normativa in materia di pari opportunità, disabilità e tutela delle categorie protette ove applicabili;
 - g) osserva la vigente normativa in materia di tutela dell'ambiente e non è mai stato sottoposto a sanzioni penali per violazione di essa, con provvedimento definitivo;
 - h) non versa in alcuna causa legalmente ostativa di incompatibilità o di conflitto di interessi che renda illegittimo l'affidamento dei servizi e delle prestazioni;
 - i) non ha mai avuto condanne passate in giudicato per la produzione di documenti falsi ed autocertificazioni false al fine di ottenere l'aggiudicazione di servizi o prestazioni;
 - j) è consapevole che ai fini di cui sopra l'applicazione di pena su richiesta delle parti equivale a sentenza di condanna passata in giudicato.

ALLEGA

in singolo originale cartaceo e duplice copia su supporto informatico, a dimostrazione di quanto attestato e dichiarato, l'ulteriore documentazione prevista per l'accreditamento dal vigente regolamento regionale attuativo della L.R. n. 24/2008 ⁽¹⁰⁾, salvo quanto già presente agli atti dell'amministrazione per quanto attiene l'autorizzazione sanitaria all'esercizio e l'eventuale accreditamento già posseduto.

SI IMPEGNA

A fornire ogni altra informazione e documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti per l'autorizzazione delle attività/prestazioni richiesta.

AUTORIZZA

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

_____, ____/____/_____
(luogo) (data)

IL RICHIEDENTE

¹⁰ Nel caso di domanda di riconversione dell'accreditamento è necessario allegare anche la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla legge inerente la struttura oggetto di riconversione.