**Modulo 1/2022**

Spazio per l’apposizione della marca da bollo, (contrassegno telematico) di importo pari a €16,00, da annullare con data e firma

Nel caso di esenzione indicare le motivazioni

**DOMANDA DI CONCESSIONE, RINNOVO e/o VARIAZIONI DELL’ACCREDITAMENTO**

Al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna

Viale A. Moro 21

40127 BOLOGNA

Pec: [dgsanaccreditamento@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:dgsanaccreditamento@postacert.regione.emilia-romagna.it)

Il/la sottoscritto/a .................................................................................................................................................

nato/a a ....................................................... il ............................., C.F. ….......................................................

□ titolare / □ legale rappresentante di (studio/ditta/società/azienda) denominato/a ...............................................

…..........................................................................................................................................................................

con sede legale in .................................................. (Pr. ...), via/piazza …………………..….............. Nr. …….

C.F. ……………………………………………………. Partita IVA ………………………………………...

telefono ………………………..…………………………

e-mail ………………..…………….…………………………………………………………………………....

PEC ……………………………………………………………………………………………………………..

**chiede**[[1]](#footnote-2)

per la seguente Struttura sanitaria:

Denominazione ………………...…………………….…………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….……….

Ubicata in ............................................................................................................................................. (Pr .....)

via/piazza …………………………………………………………………………..…................. Nr. ……...…

telefono ……………………………………... e-mail ………………..…………….…………………………..

|  |
| --- |
| □ il **RILASCIO** dell’accreditamento per le attività descritte in maniera dettagliata nell’allegata Scheda sintetica di presentazione delle attività richieste in accreditamento dalla/e Struttura/e (Modulo 2/2022). |

|  |
| --- |
| □ il **RINNOVO** dell’accreditamento (tutte le strutture e attività devono essere descritte in maniera dettagliata nell’allegata Scheda sintetica di presentazione delle attività richieste in accreditamento dalla/e Struttura/e - Modulo 2/2022). |

|  |
| --- |
| □ le seguenti **VARIAZIONI** dell’accreditamento:  □ Variazione del **soggetto gestore** della struttura accreditata *(specificare; indicare anche eventuale variazione di denominazione della struttura, eventuale variazione del Legale rappresentante)*  *………………………………………………………………………………*  □ Variazioni delle **attività svolte** così come dettagliate nel Modulo 2/2022  □ **Trasferimento della sede** erogativa delle prestazioni  da via …………………. nr. …., città …………………………  a via …………………. nr. …., città …………………………  □ Ulteriore sede erogativa delle prestazioni (**ampliamento**)  Denominazione......................................................  via …………………. nr. …., città ………………………… (dettagliare le attività svolte nel Modulo 2/2022)  □ **Cessazione** **della sede erogativa** delle prestazioni ubicata in  via …………………. nr. …., città ………………………… , a far data dal……………………..  □ **Modificazioni strutturali** della sede erogativa delle prestazioni relative ad aspetti previsti dai requisiti di accreditamento applicabili *(specificare)*  *………………………………………………………………………………* |

**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**

*(le seguenti dichiarazioni sono da ripetere per ciascuna struttura)*

* (solo nel caso in cui il soggetto sia gestore di più strutture) che la struttura di cui alla presente istanza
  + **a.** è dotata di autonomia gestionale (in grado di dimostrare il possesso dei requisiti generali)
  + **b.** condivide il governo dei processi organizzativi e gestionali con la struttura / le seguenti strutture ………………..

e, esclusivamente per richieste di rilascio / rinnovo di accreditamento,

**chiede** che la struttura sia **valutata**

* insieme alle altre strutture gestite (elencare), ivi comprese quelle con accreditamento vigente, e che vengano valutati complessivamente i requisiti applicabili; pertanto, le scadenze dell’accreditamento di tutte le strutture elencate saranno allineate alla data di scadenza della struttura oggetto della presente istanza. A tal fine **dichiara che le strutture già accreditate di cui si chiede l’allineamento della scadenza posseggono tutti i requisiti generali e specifici necessari all’accreditamento istituzionale**, secondo la normativa vigente;
* singolarmente; pertanto, la struttura avrà una scadenza dell’accreditamento propria.

**Dichiara altresì**

* che la struttura/le strutture di cui alla presente istanza è/sono **autorizzata/e** all’esercizio delle attività richieste in accreditamento riportate nel Modulo 2/2022 e ne ha/hanno mantenuto i requisiti [[2]](#footnote-3)
* che la struttura/le strutture possiede/possiedono i requisiti per la **Funzione di governo aziendale della formazione continua** di cui alla DGR n. 1332/2011
* che, ai sensi dell’art. 8 quater, comma 4, lett. i), del D.lgs. n. 502/1992, le eventuali attività / funzioni / prestazioni sanitarie complementari al processo diagnostico-assistenziale, direttamente connesse all’assistenza al paziente (prestazioni esternalizzate) sono affidate (in caso di contratti di fornitura con le Aziende sanitarie già in essere al momento della domanda) o saranno affidate (in caso di contratti di fornitura con le Aziende sanitarie non ancora in essere) **esclusivamente** a strutture sanitarie in possesso di accreditamento in corso di validità;
* che la struttura/le strutture di cui alla presente istanza non impiega/impiegano **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 *(solo per le strutture private)*
* (SOLO per le domande di rilascio di nuovo accreditamento) di impegnarsi a sciogliere la situazione di incompatibilità di cui al punto precedente, ove presente, entro 30 giorni dalla data di emanazione dell’eventuale determinazione regionale di accreditamento, dandone comunicazione alla Direzione Generale competente in sanità *(solo per le strutture private)*
* di aver provveduto al pagamento dell’imposta di bollo mediante contrassegno telematico applicato alla presente istanza e di essere a conoscenza che l’Autorità competente effettuerà i controlli previsti per legge sulle istanze presentate, e pertanto si impegna a conservare l’originale della presente dichiarazione presso …………………………………………………………………. e a renderlo disponibile a richiesta.

Allega la documentazione richiesta

Il/La titolare / legale rappresentante

Data ...................................... Firma Digitale

Tale domanda dovrà essere inviata dall’indirizzo PEC del richiedente e con firma digitale all'indirizzo PEC sopra indicato. Solo nel caso non si possegga la firma digitale può essere presentato il formato pdf unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore[[3]](#footnote-4).

**Elenco della documentazione, debitamente firmata, da presentare unitamente alla domanda:**

* Scheda sintetica di presentazione delle attività (modulo 2/2022).
* Modello di dichiarazione del possesso dei requisiti generali di Accreditamento - Autovalutazione (modulo 3/2022)
* Modello di dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 (modulo 4/2022)
* Dichiarazione per la concessione dell’accreditamento per soccorso e trasporto infermi (modulo 7/2022), SOLO per richieste di rilascio di nuovo accreditamento riguardante l’attività di soccorso e trasporto infermi
* Manuale per l’accreditamento, redatto secondo i criteri definiti dalla DGR 1943/2017 e comprensivo della descrizione di responsabilità, modalità organizzative e sede/sedi utilizzate per la Funzione di Governo della Formazione. Il Manuale dovrà essere inviato, in formato elettronico, in un unico documento .pdf editabile. Nel caso la domanda comprenda la richiesta di accreditamento per Provider ECM, il Manuale dovrà contenere la descrizione di responsabilità, modalità organizzative e sede/sedi utilizzate anche per tale funzione. In alternativa, la descrizione per la funzione di Provider può essere presentata come un documento a sé stante.
* Relazione ex post (solo per rinnovi e/o variazioni, escluse le sole cessazioni)

1. Gli elementi identificativi (denominazione, indirizzo, ecc.) devono essere coerenti con quanto riportato nel provvedimento di “Autorizzazione all’esercizio” e sono da ripetere per ciascuna struttura per cui si presenta domanda, insieme all’oggetto della richiesta. [↑](#footnote-ref-2)
2. Indicare nel Modulo 2/2022 i riferimenti a tutti gli atti di autorizzazione / comunicazione / presa d’atto vigenti, ove previsti. [↑](#footnote-ref-3)
3. se studio associato inserire copie della carta d’identità di tutti i titolari. [↑](#footnote-ref-4)