**Modulo 6/2022**

**Modello di dichiarazione per:**

1. **modifiche (senza variazione del Codice Fiscale) di:**
* **Denominazione della struttura accreditata;**
* **Assetto proprietario / societario;**
* **Ragione Sociale / denominazione sociale;**
* **Legale Rappresentante di Struttura Sanitaria;**
* **Sede Legale del soggetto gestore;**
1. **rinuncia complessiva all’accreditamento per tutta la struttura.**

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

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 …………………………………………………………………………………………………………….. gestore della/e struttura/e accreditata/e:

denominazione: ................................................................................, sita in …........…..........…............ via …..............................................................[[1]](#footnote-2),

**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), ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità**

**dichiara:**

□ che a decorrere dalla data ........................................ è stata **variata la denominazione della struttura** accreditata[[2]](#footnote-3) da ........................................................... a .........................................................;

□ che, con riferimento alla suddetta ditta / società, a decorrere dalla data ................. è stato **variato l’assetto proprietario / societario** nei termini di seguito descritti: …………………………………………………………………………………………………………………

..............................................................................................................................................................................;

□ che, con riferimento alla suddetta ditta / società, a decorrere dalla data ................... è stata **variata la denominazione/ragione sociale**[[3]](#footnote-4) da ….…………………………….............................................. a ..........................................................;

□ che a decorrere dalla data ................ ha assunto l’**incarico di legale rappresentante** della suddetta ditta / società / azienda sanitaria, in sostituzione di ……………….....................................................;

□ che a decorrere dalla data ...................... la **sede legale** della suddetta ditta / società / azienda sanitaria (denominazione) ……………………………………........................................., è stata **trasferita** da (città) ................................................................. via ............................................................. n. .......... a (città) ................................................................. via ............................................................. n. ..........;

□ che la suddetta ditta / società / studio professionale **rinuncia** in forma complessiva all’accreditamento concesso alla/e seguente/i struttura/e sanitaria/e: (denominazione) …..................................... avente sede erogativa in …............................................... (Pr....), via/piazza …………………...……… Nr. .…, a far data dal………………………………… Dalla data della rinuncia, la/e struttura/e sanitaria/e non ha / hanno in essere alcun accordo ex art. 8-quinquies del D.lgs. n. 502/1992 con la/e Azienda/e sanitaria/e del SSN (in caso di presenza di contratto/i con la/e Azienda/e sanitaria/e del SSN, la data di rinuncia deve essere concordata con questa/e ultima/e);

(*ripetere per tutte le singole strutture sanitarie interessate*)

**dichiara inoltre:**

* che, ove necessario, le suddette modifiche sono state oggetto di provvedimento n. .......................... del ........................ rilasciato dal Comune di ...................................................;
* che, a seguito delle modifiche intervenute, nulla è variato nella struttura suindicata, relativamente alle attività accreditate svolte, e alla gestione del sistema qualità, secondo il modello previsto dalla normativa sull'accreditamento dalla Regione Emilia-Romagna.

Il/la titolare / legale rappresentante

Luogo e data ........………………………. Firma Digitale

Tale dichiarazione 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[[4]](#footnote-5).

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

* Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 (modulo 4/2022), limitatamente ai casi di modifica del legale rappresentante della struttura;
* Ogni altra informazione utile a documentare il verificarsi della variazione segnalata (es. delibera del Consiglio di Amministrazione / dell’Assemblea dei Soci, contratto di cessione di quote, ecc.).
1. Da ripetere per tutte le strutture interessate. [↑](#footnote-ref-2)
2. Per denominazione della struttura accreditata si intende la denominazione riportata nel provvedimento di “Autorizzazione all’esercizio”. [↑](#footnote-ref-3)
3. Per denominazione/ragione sociale si intende il nome seguito dall'acronimo del tipo di società ed è oggetto di iscrizione nel registro delle imprese. Nello specifico si intende la forma organizzativa di impresa adottata (es. impresa individuale, s.r.l., s.n.c., ecc.). [↑](#footnote-ref-4)
4. se studio associato inserire copie della carta d’identità di tutti i titolari. [↑](#footnote-ref-5)