

FAC-SIMILE DOMANDA DI ACCREDITAMENTO

Spett.le  
Direzione Centrale Salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali  
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia  
Riva Nazario Sauro, 8  
34124 TRIESTE

Oggetto: Domanda di accreditamento ai sensi del D.Lgs. n.502/1992 e della L.R n. 8/2001

Denominazione della struttura:

.....  
.....

Codice fiscale / partita IVA .....  
con sede in .....  
via .....

Legale rappresentante: Cognome e nome, residenza, codice fiscale:

.....  
.....

Direttore Sanitario (ove previsto) .....

Autorizzata alla erogazione delle seguenti attività sanitarie (specificare il numero dei posti letto se si tratta di struttura di degenza):

.....  
.....  
.....

con autorizzazione n. .... rilasciata il .....  
dall'Azienda per i Servizi Sanitari n.....

Il sottoscritto....., legale rappresentante della sopracitata struttura, ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e della L.R. n. 8/2001, in conformità con quanto previsto dalla Delibera della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia n. .... del ....., inoltra domanda per ottenere l'accreditamento per le seguenti attività e/o branche specialistiche

Prestazioni di degenza:

- ..... Responsabile medico: .....
- ..... Responsabile medico: .....
- ..... Responsabile medico: .....
- ..... Responsabile medico: .....

Prestazioni ambulatoriali:

- ..... Responsabile medico: .....
- ..... Responsabile medico: .....
- ..... Responsabile medico: .....
- ..... Responsabile medico: .....

**Documentazione allegata alla domanda**

Documentazione antimafia di cui al D.P.R. n. 252/1998

Dichiarazione di non sussistenza di situazioni di incompatibilità

Planimetria 1:100 dei locali con destinazione d'uso in duplice copia

Questionario di autovalutazione preliminare, compilato nelle parti di competenza

Piano della formazione

Piano della qualità

Carta dei servizi

Organigramma

Firmato: Il legale rappresentante

.....

Nome e cognome

.....

Firma

.....