**Mod. A**

PEC: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it) Al Direttore Generale

Area Sanità e Sociale

Regione del Veneto

e, per conoscenza

PEC: \* Al Direttore Generale dell’Azienda U.l.s.s.

PEC: [protocollo.azero@pec](mailto:protocollo.azero@pec)veneto.it Al Direttore Generale di Azienda Zero

(\*Utilizzare la PEC delle Aziende Ulss ove insistono le sedi operative che erogano le funzioni oggetto di richiesta di accreditamento)

**DOMANDA**

**DI RILASCIO DELL’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER VARIAZIONE TITOLARITA’ DI SOGGETTO ACCREDITATO (EX DGR N. 2201/2012)**

**Il/La sottoscritto/a:**

cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in: Comune, via, piazza, ...: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°:\_\_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero C.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data scadenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

carta d’identità: *(allegare scansione fronte retro in formato file pdf)*

**in qualità di legale rappresentante della struttura giuridica:**

Denominazione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(indicare la denominazione utilizzata nelle comunicazioni con l'utenza)*

Ragione sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare l’esatta denominazione registrata presso la Camera di Commercio)*

P. IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con sede legale in:**

via, piazza,..: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito web: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**forma giuridica:** *(barrare)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ente ecclesiastico | società | cooperativa sociale |
| impresa individuale | studio professionale1 | altro (specificare)2 |

1*Se studio indicare la professione*:

medico odontoiatra altra professione sanitaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2*Specificare Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**CHIEDE**

*(utilizzare uno dei seguenti moduli* ***per ogni sede operativa*** *e/o punto prelievo)*

**per la sede operativa**: (*indicare denominazione sede*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via, piazza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *e, se diversi da sede legale*:

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito web: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distretto AULSS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Ministeriale (*se già assegnato*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direttore Sanitario (se previsto):

Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto all’ordine dei medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞏 IL RILASCIO dell’accreditamento istituzionale per variazione titolarità di soggetto accreditato (ex DGR n. 2201/2012)**

**PER**

PERSONE ANZIANE

CS-PNA - CENTRO DI SERVIZI PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_

CS-PNA - CENTRO DI SERVIZI PER PERSONE ANZIANE RELIGIOSE NON AUTOSUFFICIENTI - POSTI LETTO \_\_\_\_\_

CD-ANZ – CENTRO DIURNO PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI - POSTI \_\_\_\_\_\_

SVP – STATI VEGETATIVI PERMANENTI - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_

SAPA – SEZIONE ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_

PERSONE CON DISABILITA’

CA-DIS – COMUNITA’ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITA’ - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CD-DIS – CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITA’ - POSTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RSA-DIS – RSA PER PERSONE CON DISABILITA’ - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIPENDENZE

ST – SERVIZI TERRITORIALI

PA-D – SERVIZIO DI PRONTA ACCOGLIENZA - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SA-D – SERVIZI AMBULATORIALI (SER.D E SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO)

SSR-D – SERVIZI SEMIRESIDENZIALI - POSTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SR-D – SERVIZI RESIDENZIALI

* SR-A SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO A (DI BASE) - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SR-B SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO B (INTENSIVO) - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SR-C SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C (SPECIALISTICO) - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SR-C1 SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C1 (SPECIALISTICO) - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SR-C2 SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C2 (PER MINORI/ADOLESCENTI TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI) - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVIZI DI SUPPORTO ALLA FAMIGLIA - MINORI

C-ED/R – COMUNITA’ EDUCATIVA-RIABILITATIVA PER MINORI E ADOLESCENTI POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

C-ED – COMUNITA’ EDUCATIVA DIURNA CHE ACCOGLIE ANCHE MINORI/ADOLESCENTI CON PROBLEMI PSICOPATOLOGICI - POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa come da indicazioni contenute nell’Avviso.*

*data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Indicare referente della struttura quale contatto per il presente procedimento:

*Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*