

REGIONE LAZIO
DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
Istanza di rinnovo dell'accREDITamento
(L.R. n. 4/2003; R.R. n. 20/2019)

Bollo (16 euro) o
 Bollo Virtuale¹

Al Direttore della Direzione
“Salute e integrazione Socio Sanitaria”
REGIONE LAZIO
PEC: *autorizzazione-accREDITamento@pec.regione.lazio.it*

__1__ sottoscritt__
 nat__ a__ il__
 residente in__ CAP__
 via/piazza__ codice fiscale__
 tel. __ e-mail__
 PEC__
 in__ qualità__ di__ rappresentante__ legale__ del__ soggetto
 giuridico²__
 __ con sede legale in__ CAP__
 via/piazza__ Partita IVA: __
 costituita con atto notarile Rep. n. __ del __ a rogito del notaio Dott.
 __,
 gestore__ della__ sottoscritta__ struttura__ denominata: __

che esercita attività di:

- a) ☐ ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE;
- a1) ☐ PRESIDIO DI CHIRURGIA AMBULATORIALE;
- b) ☐ STRUTTURA SANITARIA in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie;
- c) ☐ STRUTTURA SANITARIA in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno post acuzie;
- d) ☐ Presidio di DIALISI;
- e) ☐ STRUTTURA SANITARIA/SOCIO-SANITARIA in regime residenziale e/o semiresidenziale o di assistenza territoriale extra-ospedaliera e/o ambulatoriale e/domiciliare;
- f) ☐ STABILIMENTI TERMALI
- g) ☐ ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

IN POSSESSO

¹ Forfetaria anche per istanze telematiche o una ogni 4 fogli se cartacea o “bollo virtuale” di cui all’art. 15 del d.P.R. n. 642/1972; assolvibile anche con F24 (codice tributo 2501)

² La dichiarazione deve essere resa dal legale rappresentante o da ciascun legale rappresentante, se più di uno;

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⁾:
- Deliberazione della Giunta Regionale n. _____ del _____;
 - Determina del Direttore n. _____ del _____;
 - Decreto del Commissario *ad acta* (per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio n. _____ del _____);
 - Altro ⁽⁵⁾: precisare se il soggetto è autorizzato ed in virtù di quale provvedimento

- ☐ **Accreditamento con il SSR**, ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciato con ⁽⁶⁾:
- Decreto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio n. _____ del _____;
 - Delibera di Giunta regionale _____;

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

**FA ISTANZA DI RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
RELATIVAMENTE ALLA SOTTOINDICATA STRUTTURA:**

denominazione: _____
 sita in _____ CAP _____
 _____ via/piazza _____ tel. _____
 _____ PEC _____
 ASL di appartenenza _____, Distretto sanitario _____

**PER LE SEGUENTI ATTIVITÀ/PRESTAZIONI SANITARIEO SOCIO-SANITARIE GIA'
ACCREDITATE ⁽⁷⁾:**

☐ Discipline e prestazioni in regime di ricovero ospedaliero acuzie o post acuzie 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 o di dialisi sotto specificate:

☐ Prestazioni in regime residenziale e/o semiresidenziale, a ciclo continuativo o diurno sottospecificate o di assistenza territoriale extra-ospedaliera (es. psichiatrica, assistenza a persone non

³ Barrare solo la casella interessata.

⁴ Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

⁵ Specificare.

⁶ Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

⁷ Barrare una o più delle caselle, purché interessate.

autosufficienti anche anziane, disabilità fisica psichica e sensoriale, hospice, assistenza domiciliare):

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

DICHIARA⁸

Nella sua qualità di legale rappresentante:

- 1) che la struttura sanitaria/socio-sanitaria possiede i requisiti minimi di cui all'art. 5, comma 1 lettera a) della legge regionale n. 4/2003 vigenti alla data di redazione della presente (DCA 8/2011 e s.m.i.);
- 2) che la struttura sanitaria/socio-sanitaria possiede i requisiti ulteriori di cui all'art. 13, comma 1 della legge regionale n. 4/2003, vigenti alla data di redazione della presente (DCA 469/2017 ovvero DCA 282/2017 - Riordino della materia trasfusionale e requisiti di accreditamento ovvero DCA 283/2017 - Riordino dell'Assistenza domiciliare e requisiti di accreditamento);
- 3) che nei propri confronti, nei confronti del direttore sanitario e nei confronti dell'impresa non sussistano cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D. Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.;
- 4) che nei propri confronti ovvero nei confronti dell'impresa o dei titolari di quote di maggioranza, o del direttore sanitario non è stata pronunciata sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, per situazioni direttamente connesse all'attività sanitaria o sociosanitaria svolta;
- 5) che né la propria persona né la società né il direttore sanitario sono stati sottoposti a sanzioni penali per violazione della legislazione in materia di assistenza e previdenza sociale, con provvedimento definitivo;
- 6) che nei propri confronti, nei confronti degli altri amministratori e/o dei legali rappresentanti e del direttore sanitario non sussistono cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i. o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto;
- 7) l'insussistenza di situazioni di incompatibilità, anche, ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. nonché ai sensi dell'art. 4, comma 7, L. n. 412/1991 da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni;

SI IMPEGNA

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

AUTORIZZA

⁸ La dichiarazione va resa da:

- titolare se si tratta di impresa individuale;
- socio se si tratta di società in nome collettivo;
- tutti i soci accomandatari se si tratta di società in accomandita semplice;
- tutti i membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, ivi compresi institori e procuratori generali;
- membri degli organi con poteri di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo;
- socio unico persona fisica;
- socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio.

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.

Allega copia documento di identità in corso di validità, che dichiara essere conforme all'originale in suo possesso

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni: Titolare del Trattamento: Regione Lazio (Direzione regionale salute). Indirizzo: Via R. Raimondi Garibaldi, 7 00145 Roma, Mail/PEC: autorizzazione-accreditamento@pec.regione.lazio.it

Finalità del trattamento: il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento: i dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici, ivi compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Destinatari dei dati: i dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71, D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), organi di controllo e Aziende sanitarie.

Responsabile del trattamento: funzionario responsabile del procedimento e dirigente.

Diritti: l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali o di adire le opportune sedi giudiziarie (rispettivamente ai sensi degli artt. 77 e 79 GDPR). Ha inoltre, il diritto alla portabilità dei dati, alla cancellazione dei dati, all'opposizione ed a limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte alla Regione Lazio. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo mail: autorizzazione-accreditamento@pec.regione.lazio.it

Periodo di conservazione dei dati: i dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

☐ Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (barrare la casella).

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

IL LEGALE RAPPRESENTANTE