

marca da bollo

Alla
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Unità di missione semplice
Disabilità ed integrazione socio sanitaria
Via Gilli, 4
38121 TRENTO
umse.disabili_integrasociosan@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SOCIO
SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE**
(D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg.- artt. 12, 13 e 14) (cod. proc. 2171)

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ___ / ___ / ___

residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale

nella sua qualità di:

legale rappresentante della società/ente

_____ indicare la corretta denominazione

con sede _____

_____ indicare l'indirizzo (via, n° civico, località/frazione, cap, comune)

codice fiscale _____

partita IVA _____

indirizzo di posta elettronica _____

posta elettronica certificata (PEC) _____

telefono _____

CHIEDE

L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE SOCIO SANITARIO

IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE SOCIO SANITARIO

della struttura socio sanitaria,

denominata: _____

sita nel Comune di _____ CAP _____ via _____ n. _____

identificata nella p.f./p.ed. _____ p.m. _____

di proprietà di _____ C.C. _____

tipologia contratto per utilizzo dell'immobile (se non di proprietà)

già autorizzata con provvedimento n. _____ del _____ rilasciato da _____

per le **FUNZIONI**

dettagliate nell' **"ELENCO ATTIVITÀ"** (ALLEGATO A alla presente domanda).

A tal fine
DICHIARA
(nel caso di rinnovo)

che la struttura socio sanitaria oggetto della presente domanda, autorizzata all'esercizio ai sensi del D.P.G.P. 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg.:

- ha erogato, regolarmente e in continuità nel triennio precedente la domanda di rinnovo dell'accreditamento, le prestazioni sanitarie e/o socio sanitarie per le quali è autorizzata;
- ha garantito, se già accreditata e convenzionata con il Servizio Sanitario Provinciale (SSP), l'erogazione delle prestazioni pattuite per conto del SSP, nel rispetto degli accordi contrattuali con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Il sottoscritto dichiara altresì di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo PEC sopra indicato) quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

.....

Si allega la seguente documentazione

- Informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.
- ELENCO ATTIVITA' (ALLEGATO A)**
- DOCUMENTAZIONE DI CUI ALL'ELENCO (ALLEGATO B)**
- Fotocopia di un documento d'identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);

In caso di domanda trasmessa tramite sito web o portale, non serve la sottoscrizione, ma il soggetto deve preventivamente identificarsi attraverso SPID (Sistema Pubblico per la gestione dell'identità digitale di cittadini e imprese), CIE (carta d'identità elettronica), CNS (carta nazionale dei servizi) o CPS (carta provinciale dei servizi).