marca da bollo

Alla

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Dipartimento salute e politiche sociali

Via Gilli, 4

38121 TRENTO

dip.salute@pec.provincia.tn.it

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
STUDIO ODONTOIATRICO ASSOCIATO
(D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg.- art. 12)

1) Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ___/___/_____

residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

nella sua qualità di:

☐ legale rappresentante dello studio odontoiatrico associato sotto specificato

☐ singolo componente dello studio odontoiatrico associato sotto specificato

2) Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ___/___/_____

residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

nella sua qualità di:

☐ legale rappresentante dello studio odontoiatrico associato sotto specificato

☐ singolo componente dello studio odontoiatrico associato sotto specificato

3) Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ___/___/_____

residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

nella sua qualità di:

☐ legale rappresentante dello studio odontoiatrico associato sotto specificato

☐ singolo componente dello studio odontoiatrico associato sotto specificato

_____

indicare la corretta denominazione dello studio odontoiatrico associato

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 _____

CHIEDONO

☐ **L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE SANITARIO**

☐ **IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE SANITARIO**

dello studio odontoiatrico associato denominato:

_____

sito 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)

_____

orario di apertura _____

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

per le **FUNZIONI**

❑ funzione strutturale **STUDI ODONTOIATRICI, STUDI MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE LISTA DI CONTROLLO SA: Studio odontoiatrico**

funzione operativa: ❑studio odontoiatrico

A tal fine
DICHIARANO
(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.

❑ Fotocopia di un documento d'identità dei richiedenti (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);

Solo se è stato individuato un legale rappresentante dello studio associato:

□ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del legale rappresentante, con indicazione dei soggetti da sottoporre alle verifiche antimafia;

□ N……dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà delle persone indicate dall'articolo 85 del D. Lgs. 159/2011;

❑	Lista di controllo ORG - Studio odontoiatrico (associato)	Dichiarazione del possesso dei requisiti ulteriori di qualità generali previsti per l'accreditamento "Requisiti dell'organizzazione - Studio odontoiatrico"
❑	Lista di controllo SA - Studio odontoiatrico (associato)	Dichiarazione del possesso dei requisiti ulteriori di qualità specifici previsti per l'accreditamento dei processi assistenziali "Livello di assistenza Specialistica ambulatoriale - Studio odontoiatrico"

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).