

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 DELLE STRUTTURE  
SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE**

*(D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg.- artt. 12, 13 e 14)*

Il sottoscritto / La sottoscritta

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

codice fiscale

nella sua qualità di:

libero professionista, esercente la professione sanitaria \_\_\_\_\_, iscritto  
all'Ordine \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

*(se la domanda è presentata da una persona giuridica)*

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

della struttura 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)

orario di apertura \_\_\_\_\_

periodo di apertura (*solo se si tratta di apertura stagionale*) \_\_\_\_\_

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).

