

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**  
*(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**



della struttura sanitaria/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)

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**

che la struttura sanitaria/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 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.

**ALLEGA**

- Nuova 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)**

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

.....

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

- sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

\_\_\_\_\_

(*indicare in stampatello il nome del dipendente*)

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

