

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

