

## MODULO RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

### DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA DA ACCREDITARE

Bollo € 14,62

Alla Azienda Sanitaria Locale .....  
Commissione di vigilanza sui presidi  
socio-sanitari

.....  
C.A.P. ....

Al Comune di Torino  
Divisione Servizi Sociali

e, p.c. Al Sig. Presidente

(denominazione Soggetto gestore delle funzioni  
socio-assistenziali dell'area di riferimento territoriale)

.....  
C.A.P. ....

OGGETTO: istanza di accreditamento.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_, nella sua qualità di legale rappresentante \_\_\_\_\_  
*denominazione del soggetto gestore (società; ente)*

con sede legale a \_\_\_\_\_ ( ) C.A.P. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE L'ACCREDITAMENTO

della struttura denominata \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_ ( ) C.A.P. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

per n° \_\_\_\_\_ posti letto di tipologia..... Per soggetti..... autorizzazione

definitiva transitoria rilasciata da ..... n del.....

per n° \_\_\_\_\_ posti letto di tipologia..... Per soggetti..... autorizzazione  
definitiva transitoria rilasciata da ..... n del.....  
per n° \_\_\_\_\_ posti letto di tipologia..... Per soggetti..... autorizzazione  
definitiva transitoria rilasciata da ..... n del.....

A tal fine dichiara che<sup>1</sup>:

- Relativamente all'autorizzazione sub condizione di cui al punto 23C per n . posti letto sopraindicati si impegna formalmente a presentare secondo modalità, criteri e termini indicati nel provvedimento:
  - a) progetto definitivo di adeguamento ai requisiti strutturali;
  - b) piano finanziario;
  - c) cronoprogramma dell'intervento.

nella piena consapevolezza che il predetto intervento di adeguamento strutturale dovrà, comunque, concludersi entro mesi 48 dalla data di presentazione della presente istanza concernente requisiti, criteri e modalità per l'accreditamento con il Servizio Sanitario Regionale e con il Soggetto Gestore delle funzioni Socio-Assistenziali delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private;

Sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti per effetto del provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000,

#### D I C H I A R A

1. di essere stato nominato Legale Rappresentante di codesta/o Società/Ente con atto/deliberazione n° ..... del ..... che allega in copia unitamente al documento valido di identità;
2. che nei suoi confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla L. 575/65 ed indicate nell'allegato 1 al D.Lgs. 490/94 (disposizioni antimafia);
3. che non sussiste alcun provvedimento giudiziario interdittivo legato all'esercizio della carica.
4. che lo scopo sociale della (società; ente) \_\_\_\_\_ è specifico per la tipologia dell'attività da accreditare;

Relativamente all'allegato B alla deliberazione in questione dichiara altresì quanto segue :

---

<sup>1</sup> da compilarsi solo da chi è interessato

5. che è stata adottata – ai sensi dei punti 1/M – 1/A - 1/D. dell'allegato B - la carta dei servizi o progetto di servizio contenente gli elementi caratterizzanti secondo quanto indicato nell' allegato C alla deliberazione che ha definito requisiti e criteri e modalità per l'accreditamento;

6. che in ordine ai punti 2/M – 2/A – 2/D dell'allegato B sussistono le seguenti condizioni :

---

---

---

---

---

---

7. che la struttura rispetta le direttive e le indicazioni di cui ai punti 3/M – 3/A – 3/D dell'allegato B in materia di eliminazione di barriere architettoniche

8 . in ordine ai punti 4/M – 4/A – 4/D dell'allegato B si impegna:

- a rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle parti datoriali e sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale dei lavoratori dipendenti o prestatori d'opera e delle leggi che regolamentano i rapporti di lavoro;
- a rispettare la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
- a rispettare, in generale, le leggi e i regolamenti in materia di prevenzione e protezione dei lavoratori;
- ad utilizzare personale con idonea qualifica professionale per ogni specifica mansione prevista per la tipologia di servizio per cui richiede l'accreditamento;
- a garantire la presenza di un responsabile di struttura secondo requisiti, criteri e tempi di cui alla D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.2008;
- a predisporre un piano annuale per l'aggiornamento professionale del personale;
- a garantire la copertura assicurativa per gli operatori per rischi di responsabilità civile e infortuni che comportino morte o invalidità permanente;
- a presentare il modello di organizzazione dell'equipe multidisciplinare per la realizzazione dei P.A.I. (chi ne fa parte, chi la coordina, le responsabilità, il luogo degli incontri, i tempi, il metodo di lavoro, gli strumenti, le verifiche del lavoro svolto);
- a presentare il documento con cui sono definiti gli strumenti di comunicazione con i parenti circa i livelli di responsabilità delle diverse figure professionali operanti all'interno della struttura;

9. che in merito ai punti 5/M – 5/A – 5/D dell'allegato B sussistono i seguenti coordinamenti con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio:

---

---

---

---

---

---

10. di impegnarsi ad adottare i progetti individualizzati di cui ai punti 6/M e 6/D dell'allegato B e a dare graduale applicazione - da concludersi entro il 1.07.2011 o secondo ulteriori indicazioni regionali - ai percorsi integrati di cura espressamente previsti al punto 6/A dell'Allegato E;

11. che la struttura è dotata di strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati secondo i principi previsti dai punti 7/M – 7/A – 7/D dell'allegato B;

12. d'impegnarsi al rispetto ed attuazione di quanto stabilito ai punti 8/M – 8/A – 8/D dell'Allegato B) in materia di ulteriori requisiti;

13. di impegnarsi a rispettare le norme in materia di privacy (D.Lgs 196/2003 e s.m.i.);

14. d'impegnarsi a comunicare, entro 15 giorni dall'evento, al Soggetto titolare delle funzioni di autorizzazione, vigilanza e accreditamento nonché al Soggetto Gestore delle funzioni socio-assistenziali dell'ambito territoriale di pertinenza ogni variazione dei requisiti di accreditamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_

N.B.<sup>2</sup> – Allegare alla presente copia fotostatica fronte retro di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità. La mancanza di tale documento comporta la non ammissibilità dell'istanza stessa.

L'Azienda Sanitaria cui è indirizzata la presente si riserva di richiedere, in qualsiasi momento, la documentazione che accerti la veridicità delle dichiarazioni qui sottoscritte.

**Privacy – Informativa ai sensi dell'art. 13, D.Lgs n. 196/2003**

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 i dati forniti saranno trattati per le finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dal provvedimento regionale per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, compresa la creazione di archivi web, spedizioni per posta, fax ed e-mail di comunicazione

<sup>2</sup> adempimento richiesto solo per gli Enti privati