

ALLEGATO 1 - MODULISTICA

MODULO C

Alla Regione Piemonte
Direzione Sanità

c.a. Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari

PEC: sanita@cert.regione.piemonte.it

MODIFICA O TRASFERIMENTO SIMT/PDR

Il sottoscritto _____

Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale _____

CHIEDE

l'autorizzazione all'esercizio dell'attività trasfusionale e l'accreditamento ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 197/CSR del 6/09/2023 (flaggare la voce che interessa):

- del seguente Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) già autorizzato e accreditato:

Denominazione SIMT _____

Modificato o trasferito come segue in locali già dedicati ad attività sanitaria nell'ambito del SSR: _____

- del seguente Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) già autorizzato e accreditato:

Denominazione SIMT _____

Modificato o trasferito come segue in locali NON già dedicati ad attività sanitaria nell'ambito del SSR: _____

- del seguente Punto di Raccolta _____ afferente al SIMT _____

Denominazione PdR _____

(flaggare una delle seguenti opzioni):

- Modificato o trasferito come segue in locali già dedicati ad attività sanitaria nell'ambito del SSR: _____

- Modificato o trasferito come segue in locali NON già dedicati ad attività sanitaria nell'ambito del SSR: _____

a tal fine

DICHIARA

- ☐ Per le strutture site in locali già dedicati ad attività sanitaria nell'ambito del SSR: che le suddette rispondono ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di cui alla Deliberazione del Consiglio Regionale - 22 febbraio 2000, n. 616 – 3149;

E allega: Appendice 2 – Parte A dell'Allegato B all'Accordo S-R n. 197/CSR del 6/09/2023

Data _____

Il Direttore Generale

Il Responsabile del SIMT
