**MOD. A Socio-sanitario**

imposta di bollo di € 16 ai sensi del Dpr 642/1972

riportare il numero seriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(in caso di esenzione, indicare riferimento normativo)*

PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it Al Direttore Generale

dell’Area Sanità e Sociale

PEC: protocollo.azero@pecveneto.it Al Direttore Generale di Azienda Zero

PEC: \* Al Direttore Generale dell’Azienda U.l.s.s.

(\*Utilizzare la PEC delle Aziende Ulss ove insistono le sedi operative che erogano le funzioni oggetto di richiesta di accreditamento)

**DOMANDA DI RINNOVO DELL’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE**

**STRUTTURE SOCIO SANITARIE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO**

**PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI/PERSONE CON DISABILITA’/DIPENDENTI DA SOSTANZE DA ABUSO/SERVIZI DI SUPPORTO ALLA FAMIGLIA**

**Il/La sottoscritto/a:**

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

nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in: via, piazza,...: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°:\_\_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero C.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data scadenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di legale rappresentante della struttura giuridica:**

Denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare la denominazione utilizzata nelle comunicazioni con l'utenza)*

Ragione sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare l’esatta denominazione registrata presso la Camera di Commercio)*

P. IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**natura giuridica:** *(barrare)*

 privato

 pubblico

**forma giuridica:** *(barrare)*

**** impresa individuale **** cooperativa sociale ****ente ecclesiastico

**** società I.P.A.B.

**** altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con sede legale in:**

via, piazza,..: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito web: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**per la sede operativa** (ripetere in caso di più sedi operative)

Denominazione Struttura (obbligatorio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via, piazza,… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL RINNOVO DELL’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

**PER**

PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

CS-PNA – CENTRO DI SERVIZI PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

 POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CS-PNA – CENTRO DI SERVIZI PER PERSONE ANZIANE RELIGIOSE NON AUTOSUFFICIENTI

 POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CD-ANZ – CENTRO DIURNO PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

POSTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SVP STATI VEGETATIVI PERMANENTI POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

SAPA – SEZIONE ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONE CON DISABILITA’

CA-DIS – COMUNITA’ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITA’ POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CD-DIS – CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITA’ POSTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RSA-DIS – RSA PER PERSONE CON DISABILITA’ POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRGD – CENTRO DI RIFERIMENTO PER GRAVI DISABILITA’ E DISTURBI DEL

COMPORTAMENTO CON ELEVATA NECESSITA’ SANITARIA POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIPENDENTI DA SOSTANZE D’ABUSO

ST – SERVIZI TERRITORIALI

PA-D – SERVIZIO DI PRONTA ACCOGLIENZA POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SA-D – SERVIZI AMBULATORIALI

(SER.D E SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO)

SSR-D – SERVIZI SEMIRESIDENZIALI POSTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SR-D – SERVIZI RESIDENZIALI

* SR-A SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO A (DI BASE) POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SR-B SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO B (INTENSIVO) POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SR-C SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C (SPECIALISTICO) POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SR-C1 SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C1 (SPECIALISTICO) POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SR-C2 SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C2 POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(PER MINORI/ADOLESCENTI TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI)

SERVIZI DI SUPPORTO ALLA FAMIGLIA - MINORI

C-ED/R – COMUNITA’ EDUCATIVA-RIABILITATIVA

 PER MINORI E ADOLESCENTI POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

C-ED – COMUNITA’ EDUCATIVA DIURNA CHE ACCOGLIE

 ANCHE MINORI/ADOLESCENTI CON PROBLEMI

 PSICOPATOLOGICI POSTI LETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estremi del provvedimento di Autorizzazione all’Esercizio:

tipo provvedimento: \_\_\_\_\_\_\_\_ n°:\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emesso da:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*esempio:*

*tipo provvedimento: \_\_Decreto\_\_\_ n°:\_110\_\_\_\_\_data: \_01/04/2018\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_emesso da: \_Azienda Zero*

eventuale precedente provvedimento di Accreditamento istituzionale:

DGR n° \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Referente dell’istruttoria quale contatto per il presente procedimento:**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

*Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Elenco documenti da allegare**

* Copia documento di identità del legale rappresentante in corso di validità;