**Mod. A 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](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it) Al Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale

PEC: [protocollo.azero@pec](about:blank)veneto.it Al Direttore Generale di Azienda Zero

PEC: \* Al Direttore Generale dell’Azienda ULSS

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

**DOMANDA DI RILASCIO/ESTENSIONE DELL’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE**

**Il/La sottoscritto/a:**

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

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

residente in: via, piazza, ...: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°:\_\_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

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

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

carta d’identità: *(allegare scansione fronte retro in formato file pdf ai sensi del DPR n. 445/2000)*

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con sede legale in:**

via, piazza,..: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **•** ente ecclesiastico | **•** società | **•** cooperativa sociale |
| **•** impresa individuale | **•** studio professionale1 | **•** altro2 |

1*Se studio indicare la professione*:

**•** odontoiatra

**•** Altra professione sanitaria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2*Specificare:*

Altro*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**CHIEDE**

*(utilizzare uno dei seguenti moduli per ogni sede operativa inclusi i punti di prelievo)*

**per la sede operativa**: (*indicare denominazione sede*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via, piazza,…: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *e, se diversi da sede legale*:

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

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

Distretto Azienda ULSS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Ministeriale (*se* *assegnato)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direttore Sanitario *(se richiesto)*:

Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto all’ordine dei medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL RILASCIO/ESTENSIONE DELL’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

della struttura sanitaria classificata come:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**per le seguenti branche erogate in regime AMBULATORIALE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Classificazione dell’attività ambulatoriale3**  **(codice e descrizione)** | **Codice e descrizione branca specialistica4** | **Sigla della Unità di Offerta5** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |

*3 Classificazione dell’attività ambulatoriale: ved. tab n. 1 (ad esempio B5 per gli ambulatori)*

*4 Branca specialistica: vedi tab. n. 2 che indica i nuovi codici (allegato A della DGR 581/2025)*

*5 Unità di Offerta: indicare le unità di offerta presenti utilizzando le definizioni della tab. n. 3*

**Per la sola attività di medicina di laboratorio**

• Si dichiara in particolare il pieno rispetto delle disposizioni di cui alla Legge 22/2002 (art 17 ter)"*Disposizioni in materia di laboratori di analisi*".

Si dichiara di aderire alla seguente rete di laboratorio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**per la seguente unità di offerta che erogano prestazioni sanitarie quale Stabilimento Termale**

**** Stabilimento termale

**per la/e seguente/i unità di offerta che erogano prestazioni sanitarie nell’ambito della Salute Mentale:**

**Strutture residenziali**

 CA - Comunità Alloggio posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

 Modulo di Base

 Modulo Estensivo

**** CTRP **-** Comunità terapeutica riabilitativa protetta posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

 Modulo Base ad Alta Intensità Assistenziale

 Modulo Aggiuntivo ad Intensità Assistenziale Intermedia

**** GAP -Gruppo appartamento protetto posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

**** CTRP di tipo A per minori e adolescenti posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

**** CTRP-CP - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta Per Pazienti Affetti Da Comorbilità Psichiatrica

posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

**** RSSP - Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

**Strutture semiresidenziali**

**** Centro diurno posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

**per la/e seguente/i unità di offerta che erogano prestazioni sanitarie nell’ambito delle Strutture Intermedie:**

**~~Strutture Intermedie~~**

**** URT - Unità Riabilitativa Territoriale posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

**** OdC **-** Ospedale di Comunità posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

**** Hospice posti letto oggetto della presente domanda \_\_\_\_\_

**per la/e seguente/i unità di offerta che erogano prestazioni sanitarie Cure Domiciliari:**

**** base

**** I° livello

**** II° livello

**** III° livello

**per la/e seguente/i unità di offerta che erogano prestazioni sanitarie Cure Palliative Domiciliari:**

**** base

**** specialistico

Indicare gli estremi del provvedimento di Autorizzazione all’esercizio in corso di validità (*qualora sia in fase di rilascio, allegare attestazione della richiesta di autorizzazione all’esercizio tassativamente corredata dal provvedimento di autorizzazione alla realizzazione, rilasciato dal Comune ove insiste la sede operativa*):

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

*esempio:*

*tipo provvedimento: \_\_Decreto\_\_\_ n°:\_112\_\_\_\_\_data: \_01/04/2013\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_emesso da: \_Comune di Soave (VR)*

Qualora si tratti di struttura già accreditata indicare gli estremi del provvedimento di accreditamento.

Provvedimento di Accreditamento:

Delibera di Giunta regionale n°:\_\_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Data****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***Firma del legale rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

*Per ulteriori riferimenti: https://salute.regione.veneto.it/informativa-privacy-0*

***Data****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***Firma del legale rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Indicare il Referente della struttura che ha compilato la domanda quale contatto per il presente procedimento:

*Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**TABELLA 1.**

**Classificazione dell’attività ambulatoriale**

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE | DESCRIZIONE |
| B 10 | Laboratori di analisi cliniche |
| B 11 | Punti di prelievo |
| B 5 | Ambulatori chirurgici |
| B 5 | Ambulatori chirurgici con sala chirurgica |
| B 5 | Ambulatori di dialisi |
| B 5 | Ambulatori di medicina dello sport |
| B 5 | Ambulatori di medicina fisica e riabilitazione |
| B 5 | Ambulatori di medicina nucleare |
| B 5 | Ambulatori di procreazione medicalmente assistita PMA |
| B 5 | Ambulatori di radiodiagnostica |
| B 5 | Ambulatori di radioterapia |
| B 5 | Ambulatori mono o polispecialistici (DGR 3223/2005) |
| B 5 | Ambulatori odontoiatrici |
| B 5 | Ambulatori per la crioconservazione dei gameti maschili |
| B 5 | Servizi di fisica sanitaria |
| B 5.1 | Struttura extraospedaliera di chirurgia ambulatoriale |
| B 9/1 | Studio medico non soggetto ad autorizzazione |
| B 9/2 | Studio medico soggetto ad autorizzazione |
| B 9/3 | Studi di professioni sanitarie non mediche |
| B1 | Ambulatorio di ossigenoterapia iperbarica |
| Altro | specificare |

**TABELLA 2**

**Codice branca e Descrizione branca**

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE | DESCRIZIONE |
| 01 | Anestesia/Analgesia |
| 02 | Cardiologia |
| 03 | Chirurgia generale |
| 04 | Chirurgia plastica |
| 05 | Chirurgia vascolare |
| 06 | Dermatologia/allergologia |
| 07 | Medicina nucleare |
| 08 | Diagnostica per immagini |
| 09 | Endocrinologia |
| 10 | Gastroenterologia |
| 11 | Laboratorio |
| 12 | Medicina fisica e riabilitazione |
| 13 | Nefrologia |
| 14 | Neurochirurgia |
| 15 | Neurologia |
| 16 | Oculistica |
| 17 | Odontostomatologia |
| 18 | Oncologia |
| 19 | Ortopedia |
| 20 | Ostetricia e ginecologia |
| 21 | Otorinolaringoiatria |
| 22 | Pneumologia |
| 23 | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |
| 24 | Radioterapia |
| 25 | Urologia |
| 26 | Altre |

**TABELLA 3**

**Unità di offerta**

|  |  |
| --- | --- |
| SIGLA | DESCRIZIONE |
| AMB.CH | ambulatorio chirurgico |
| AMB.CH.SO | ambulatorio chirurgico con sala chirurgica |
| AMB.CRI | ambulatorio crioconservazione gameti maschili |
| AMB.DIA | ambulatorio dialisi |
| AMB.MFR | ambulatorio di medicina fisica, riabilitazione, recupero e rieducazione funzionale |
| AMB.ODO | ambulatorio odontoiatrico |
| AMB.PMA1 | ambulatorio procreazione medicalmente assistita1 |
| AMB.PMA2 | ambulatorio procreazione medicalmente assistita2 |
| AMB.PMA3 | ambulatorio procreazione medicalmente assistita3 |
| AMB.SPEC | ambulatorio specialistico |
| AMB.SPO1 | ambulatorio medicina dello sport1 |
| AMB.SPO2 | ambulatorio medicina dello sport2 |
| AMB.SPO3 | ambulatorio medicina dello sport3 |
| BL.PAR | blocco parto punto nascita |
| D.SRG | day surgery |
| DEG | degenza |
| DH | day hospital |
| DIA.IMM | diagnostica per immagini |
| GEST.FARM | gestione farmaci e materiale sanitario |
| LAB.AN.PAT | laboratorio di anatomia patologica ed istocitopatologia |
| LAB.MED | medicina di laboratorio |
| LAB.P.PRE | punto di prelievo |
| MED.NUCL | medicina nucleare |
| POLIAMB | poliambulatorio |
| PR.SOCC | pronto soccorso ospedaliero e c.o. |
| PREV.INF | prevenzione infezioni ospedaliere |
| RADIOT | radioterapia |
| REP.OPER | reparto operatorio |
| RIANIM | rianimazione e terapia intensiva |
| S.CORD.ATT | attività connesse alla raccolta ed all'esportazione dei campioni di sangue cordonale per uso autologo |
| S.CORD.BANCA | banca sangue cordonale |
| S.CORD.PN | punti nascita collegati a bsc |
| S.DISINF | servizio disinfezione |
| S.EXTRAH.CH | struttura extraospedaliera di chirurgia |
| S.MORT | servizio mortuario |
| S.AUTOPT | sala autoptica |
| S.STERIL | servizio sterilizzazione |
| STUDIO.FIS | studio di fisioterapia |
| STUDIO.MED | studio medico |
| STUDIO.PSI | studio psicologo |
| SM.DPP | degenza psichiatrica privata |
| SM.DHO | day hospital ospedaliero |