**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](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 SOCIO-SANITARIE**

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

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

*\*indicare precisamente l’intitolazione della struttura richiedente*

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

**PER N° POSTI**

AREA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA DELLE PERSONE ANZIANE

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

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

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

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

SVP STATI VEGETATIVI PERMANENTI

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

CD-ANZ – CENTRO DIURNO PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

POSTI OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

AREA DELLE PERSONE CON DISABILITA’

CA-DIS – COMUNITA’ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITA’

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

RSA-DIS – RSA PER PERSONE CON DISABILITA’

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

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

COMPORTAMENTO CON ELEVATA NECESSITA’ SANITARIA

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

CD-DIS – CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITA’

POSTI OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

AREA DELLE DIPENDENZE

ST – SERVIZI TERRITORIALI

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

PA-D – SERVIZIO DI PRONTA ACCOGLIENZA POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

SA-D – SERVIZI AMBULATORIALI

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

(SER.D E SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO)

SSR-D – SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

POSTI OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

SR-D – SERVIZI RESIDENZIALI

* SR-A SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO A (DI BASE)

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

* SR-B SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO B (INTENSIVO)

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

* SR-C SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C (SPECIALISTICO)

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

* SR-C1 SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C1 (SPECIALISTICO)

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

* SR-C2 SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C2

(PER MINORI/ADOLESCENTI TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI)

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

AREA MINORI

C-ED/R – COMUNITA’ EDUCATIVA-RIABILITATIVA

PER MINORI E ADOLESCENTI

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

C-ED – COMUNITA’ EDUCATIVA DIURNA CHE ACCOGLIE

ANCHE MINORI/ADOLESCENTI CON PROBLEMI

PSICOPATOLOGICI

POSTI LETTO OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA \_\_\_\_\_\_\_\_

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