

FAC-SIMILE DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO PER LE STRUTTURE R.S.A. ED HOSPICE

Alla Direzione Centrale Salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Riva Nazario Sauro, 8
34124 TRIESTE

Oggetto: Domanda di autorizzazione/accreditamento ai sensi del D.Lgs. n.502/1992 e della L.R n. 8/2001

Denominazione della struttura:

.....

.....

Codice fiscale / partita IVA

con sede in

via

Legale rappresentante: Cognome e nome, residenza, codice fiscale:

.....

.....

Telefono fax e-mail

Direttore Sanitario

Autorizzata per i requisiti minimi generali, ai sensi della D.G.R. n. 3586/2004, con autorizzazione n.....
rilasciata ildall'Azienda per i Servizi Sanitari n.....

Titolare di rapporto contrattuale/convenzione con l'Azienda per i servizi sanitari n. per lo svolgimento dell'attività di

- R.S.A.
- Hospice

Il sottoscritto....., legale rappresentante della sopracitata struttura, ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e della L.R. n. 8/2001, in conformità con quanto previsto dalla Delibera della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia n..... del, inoltra domanda per ottenere l'autorizzazione/accreditamento per le seguenti attività

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Posti letto n. Responsabile medico:

Posti letto n. Responsabile medico:

Hospice

Posti letto..... Responsabile medico:

Posti letto..... Responsabile medico:

Documentazione allegata alla domanda

- certificato di agibilità dei locali
- copia della segnalazione certificata di inizio attività ai fini della sicurezza antincendio, di cui all'art. 4, del D.P.R. 1.8.2011, n. 151
- planimetria 1:100 dei locali, con destinazione d'uso, in duplice copia
- la documentazione antimafia di cui al D.P.R. n. 252/1998
- elenco nominativo del personale, con specifica della qualifica, titolo di studio, funzione organizzativa, monte ore settimanale, firmato dal legale rappresentante
- elenco dei fornitori esterni di prestazioni/servizi di cui si avvale la struttura
- la dichiarazione di non sussistenza di situazioni di incompatibilità, previste dalla vigente normativa, nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato nella struttura
- il questionario di autovalutazione preliminare, compilato nelle parti di competenza e sottoscritto
- il piano della formazione
- il piano della qualità
- la carta dei servizi
- l'organigramma

Firmato: Il legale rappresentante

.....

Nome e cognome

.....

Firma

.....

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE